

Certificat médical

(à faire compléter par votre médecin)

Je soussigné(e), Docteur :

Certifie avoir examiné :

Nom / Prénom :

Et ne pas avoir constaté de contre-indication à la pratique des activités gymniques de la forme proposées au sein de MAONAË STUDIO

Les activités proposées, selon l'âge de l'enfant / adolescent et l'inscription choisie par le représentant légal, peuvent inclure :

- **FITKIDS — 3 à 5 ans** : activités ludiques de motricité, coordination, équilibre et éveil.
- **ZUMBA NIÑOS — 6 à 12 ans** : activités cardio-dansées, rythmées et adaptées aux enfants.
- **FIT TEENS — 13 à 16 ans** : activités de renforcement adapté, cardio, coordination, mobilité et travail postural, avec l'utilisation possible de charges légères et adaptées.

Ce certificat est établi au regard de l'état de santé du patient constaté au jour de l'examen.

Il appartient au patient de consulter à nouveau un professionnel de santé en cas de modification de son état de santé ou d'apparition de symptômes susceptibles de limiter la pratique d'une activité physique.

Date :/...../20.....

Signature et cachet du médecin :

Déclaration du représentant légal

Je soussigné(e) :

Nom / Prénom du représentant légal:

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant / adolescent :

Nom / Prénom de l'enfant ou de l'adolescent :

Déclare **autoriser mon enfant à participer** aux activités physiques et sportives proposées au sein de MAONAË STUDIO, selon **son âge**, son inscription et les **séances adaptées à son niveau**.

Je m'engage à informer l'équipe encadrante de toute pathologie, blessure, traitement médical, limitation physique ou information importante pouvant impacter la pratique sportive de mon enfant.

Je m'engage également à signaler toute modification de son état de santé intervenant après son inscription, afin que sa pratique puisse être adaptée si nécessaire.

Date :/...../20.....

Signature :