

Certificat médical

de non contre-indication à la pratique d'une activité physique et/ou sportive adaptée, régulière, sécurisante et progressive.

Je soussigné(e).....
docteur en médecine exerçant à.....
certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme,.....
né(e) le.....
et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents,
contre-indiquant la pratique physique et/ou sportive dans les disciplines
souhaitées.....
.....
.....

LIMITATIONS FONCTIONNELLES DU PATIENT (champs obligatoire) :

- Aucune Légères Modérées Sévères

RECOMMANDATIONS MÉDICALES à l'attention des éducateurs sportifs (champs obligatoires) :

- MOUVEMENTS LIMITÉS EN

- Amplitude Vitesse Charge Posture

- EFFORTS LIMITÉS SUR LE PLAN

- Musculaire Cardio-vasculaire Respiratoire

- CAPACITÉS À L'EFFORT LIMITÉES EN

- Endurance (longue et peu intense) Résistance Vitesse (brève et intense)

- CAPACITÉS INCOMPATIBLES AVEC

- Un travail en hauteur Le milieu aquatique Des conditions atmosphériques particulières (préciser)
.....
.....

Autres PRÉCAUTIONS et/ou PRÉCONISATIONS dans les activités physiques pratiquées :

.....
.....
.....

CERTIFICAT établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.
Valable pour une année à compter de ce jour.

Cachet du médecin (obligatoire)

Fait à le.....
Signature du médecin



Contact pour débiter votre activité physique adaptée :
Réseau sport-santé – 03.81.48.36.52
contact@rspbfc.fr