

# 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](mailto:contact@rspbfc.fr)