CERTIFICAT MÉDICAL ATTESTANT LA NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES

Je soussigné(e), Docteur.e ……

Exerçant à : ……..……

Certifie avoir examiné à ce jour, Monsieur/Madame :
Nom : …… Prénom : ……
Né(e) le : ..... / ..... / ..... à ……..…….....

Et n'avoir constaté par l'interrogatoire et l'examen clinique, aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques.

Et recommande la pratique d'activités physiques permettant de développer les capacités suivantes (choix multiple recommandé) :

- ☐ Cardio respiratoire et vasculaire
- ☐ Souplesse
- ☐ Coordination
- ☐ Équilibre
- ☐ Force

Activité(s) souhaitée(s) par le patient :
……
……

Précautions éventuelles à respecter par l'animateur sportif (pathologie(s), problème(s) articulaire(s) (type PTG/PTH, etc.), antécédents médicaux, ...) :
……
……
……
……

Afin de vous adresser le bilan et suivre l'accompagnement de votre patient, merci d'indiquer une adresse mail : ……@……...……

La dispensation d'activité physique sur prescription médicale ne peut donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie : nous vous invitons à contacter les mutuelles santé susceptibles de prendre en charge tout ou partie des frais.