

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Dr.....
 Certifie avoir examiné ce jour Mr/Mme Né(e) le : /..... /.....
 Âgé(e) de ans, et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant
 La pratique d'activités physiques et sportives adaptées en cours collectifs.

Précisions et recommandations médicales à l'attention de l'éducateur sportif

Prescription(s) d'activités physiques

Privilégier ce(s) type(s) d'activité(s) :

- Endurance cardio-respiratoire
- Renforcement musculaire
- Souplesse
- Equilibre
- Relaxation / Méditation
- Autre(s) :

Intensité recommandée :

- Légère
- Modérée
- Elevée

Informations complémentaires :

.....

Restriction(s) d'activités physiques

Articulations à ne pas solliciter (*préciser la latéralité si besoin*) :

- Rachis :
- Genou :
- Epaule :
- Poignet :
- Cheville :
- Hanche :

Types d'efforts limités sur le plan :

- Musculaire
- Articulaire
- Cardio-vasculaire
- Respiratoire

Actions à ne pas réaliser :

- Courir
- Sauter
- Porter
- Pousser
- Tirer
- S'allonger sur le sol
- Se relever du sol
- Mettre la tête en avant
- Mettre la tête en arrière

Arrêt en cas de :

- Fatigue
- Douleurs
- Essoufflement
- Vertiges
- Autres :

Accord de non-contre-indication à la pratique de l'activité physique choisie

Je soussigné(e) Dr.....certifie que Mr/ Mme
 Ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'activité :

Certificat valable pour une durée d'un an à compter de sa date de délivrance, établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à : Le :

Signature du médecin :

Cachet du médecin (*obligatoire*):

