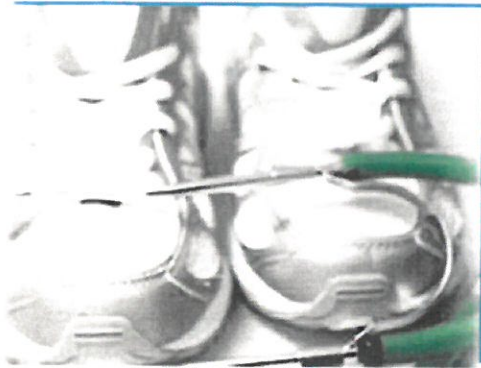




Centre de Médecine du Sport
Montluçon Communauté



SPORT SANTÉ



Réseau d'Education à
la Santé

Sport sur Ordonnance

**CENTRE DE MEDECINE DU SPORT DE
MONTLUCON COMMUNAUTÉ**

MAISON SPORT SANTÉ

Espace Boris Vian
Rue des Faucheroux
03100 MONTLUCON

04 70 05 09 73

medecinedusportmontlucon@wanadoo.fr

www.cms-montlucon.com

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES
PHYSIQUES ADAPTEES (A.P.A.)**

Je, soussigné(e), Docteur _____, certifie que l'état de santé de
NOM et Prénom _____

Né(e) le ___/___/_____

Observé(e) ce jour, est compatible avec la pratique d'Activités **Physiques** et ou **Sportives
Adaptées**.

En l'absence de signes cliniques apparents contre-indiquant cette pratique, je l'autorise
en conséquence à pratiquer les activités suivantes :

Activité physique progressive et régulière,

En évitant :

Précautions particulières : appareil locomoteur, cardiovasculaire, respiratoire, neurosensoriel (vision, audition, équilibre).

Incluant :

Fait à _____, date : ___/___/_____

Signature et cachet du médecin