Sport Santé

Sport sur Ordonnance

Centre de Médecine du Sport de Montluçon Communauté

Maison Sport Santé

Espace Boris Vian

Rue des Faucheroux

03100 MONTLUCON

04 70 05 09 73

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

A LA PRATIQUE D'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 signe clinique apparent contre-indiquant cette pratique, je l'autorise en conséquence à pratiquer les activités suivantes :

Activités physiques progressives et régulières,

En évitant / précautions particulières : appareil locomoteur, cardiovasculaire, respiratoire, neurosensoriel (vision, audition, équilibre) :

_____

_____

_____

En incluant :

_____

_____

_____

Fait à _____ , Le : _____/_____/_____

Signature et cachet du Médecin :