

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 M., M^{me} :

Né(e) le :

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre-indiquant la PRATIQUE d'activité physique et/ou sportive dans les disciplines souhaitées :

Précisez ci-dessous les RECOMMANDATIONS MEDICALES à l'attention des éducateurs sportifs (champs obligatoires)

● **TYPES DE MOUVEMENTS LIMITÉS EN :**

Amplitude Vitesse Charge Posture

● **TYPES D'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 (à préciser)

Autres PRECAUTIONS et/ou PRECONISATIONS dans les activités physiques pratiquées ci-dessus :

CERTIFICAT établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Cachet du Médecin (Obligatoire)

Fait à : Le : / /

Signature du médecin