

Certificat préalable à la pratique d'une activité physique

Je soussigné.e, Docteur.e

certifie avoir examiné M/Mme, né.e le

et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de l'activité physique médicale non compétitive.

Préconisation d'activité :

- Activité aérobie
- Renforcement musculaire
- Équilibre, étirements
- Autres :

Restrictions d'activités (mouvements à éviter, fréquence cardiaque à ne pas dépasser ...) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date, tampon et signature
