CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Date :

Je soussigné(e), Docteur

certifie que (NOM et Prénom du patient)

né(e) le

ne présente à ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique des séances d'activité physique suivantes :

- Séances d'activité physique avec sollicitation cardio-respiratoire douce (marche nordique, vélo elliptique, vélo d'appartement, tapis de marche, sophrologie ...)
- Séances d'activité gymnique douce (aquagym, stretching, renforcement musculaire, gym dos ...)
- Séances d'activité physique avec sollicitation cardio-respiratoire active (step, tapis de course, cardio-training ...)

Nombre de cases cochées :

Traitement pouvant nécessiter une adaptation de l'activité physique

(insuline, ADO, bêtabloquant, etc...)

Précautions à prendre *(complications cardiovasculaires, respiratoires, articulaires,...)*

Tampon du médecin traitant ou spécialiste

Signature

ERET ANDAINES

Antenne de l'Espace Régional d'Éducation Thérapeutique Basse-Normandie
CHIC des Andaines - Rue Sœur Marie Boitier - BP 99 - 61600 LA FERTÉ-MACÉ
Tél. 02 33 30 53 22 - Fax. 02 33 30 58 02 - Email : etp@chic-andaines.fr

WWW.ERETBN.ORG