

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 SUD MANCHE

Antenne de l'Espace Régional d'Éducation Thérapeutique Basse-Normandie
CH d'Avranches-Granville - 849 rue des Menneries - BP 629 - 50406 GRANVILLE cedex
Tél. 02 33 91 52 88 - Fax. 02 33 91 50 85
Email : utep.sudmanche@ch-avranches-granville.fr - WWW.ERETBN.ORG

ERET
Espace Régional d'Éducation Thérapeutique
SUD MANCHE