

# 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 :** .....

## Traitements pouvant nécessiter une adaptation de l'activité physique

(insuline, ADO, bétabloquant, etc...)

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

Tampon du médecin traitant ou spécialiste

Signature

### ERET ARGENTAN - L'AIGLE

Antenne de l'Espace Régional d'Éducation Thérapeutique Basse-Normandie  
CH d'Argentan - 47 rue Aristide Briand - CS 50209 - 61203 ARGENTAN cedex  
Tél. 02 33 12 32 31 - Fax. 02 33 12 35 04 - eret@ch-argentan.fr

**WWW.ERETBN.ORG**

**ERET**  
Espace Régional d'Éducation Thérapeutique  
**ARGENTAN - L'AIGLE** ■ ■ ■