

# Certificat médical

de non contre-indication et de prescription pour 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 Mr, Mme,.....  
né(e) le.....  
et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents,  
contre-indiquant la pratique physique et/ou sportive dans les disciplines  
souhaitées.....  
.....  
.....

**LIMITATIONS FONCTIONNELLES DU PATIENT (champs obligatoire) :**

Aucune  Légères  Modérées  Sévères

**RECOMMANDATIONS MÉDICALES à l'attention des éducateurs sportifs (champs obligatoires) :**

**- MOUVEMENTS LIMITÉS EN**

Amplitude  Vitesse  Charge  Posture

**- 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  
(préciser)

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

**Autres PRÉCAUTIONS et/ou PRÉCONISATIONS dans les activités physiques pratiquées :**

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

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

Cachet du médecin (obligatoire)

Fait à ..... le.....

Signature du médecin