

Certificat médical de non contre indication apparente à la pratique des Activités Physiques Adaptées (A.P.A.)

Je soussigné(e) _____, certifie que l'état de santé de

Mlle Mme M

Nom _____ **Prénom** _____ **né(e) le** ____ / ____ / ____

Observé(e) ce jour, est compatible avec la pratique d'Activités Physiques et ou Sportives Adaptées. En l'absence de signe clinique apparent contre-indiquant, je l'autorise en conséquence à pratiquer les activités suivantes :

Activité physique progressive et régulière Activités souhaitées : _____

En évitant (Précautions particulières : appareil locomoteur, cardiovasculaire, respiratoire, neurosensoriel, vision, audition, équilibre.

Contre-indications. Activités déconseillées) :

Sur les personnages ci-contre, indiquez où se situent les douleurs ou fragilités



Incluant :

Informations complémentaires :

ALD

Maladie chronique

CSS

Je souhaite avec l'accord du patient avoir des retours sur son accompagnement individualisé

Contact personnel : Mail : _____ Téléphone : _____

Fait à : _____ Date : ____ / ____ / ____

Signature et cachet