

# 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** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

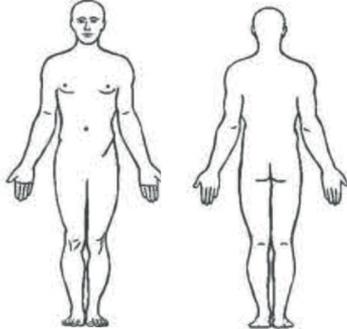
Observé(e) ce jour, est compatible avec la pratique d'Activités Physiques et ou Sportives Adaptées. En l'absence de signe clinique apparent contre-indiquant, je l'autorise en conséquence à pratiquer les activités suivantes :

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