

CERTIFICAT DE PRESCRIPTION EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE

CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), Docteur en médecine.....

Exerçant à

Médecin traitant

Autre :

Certifie avoir examiné ce jour

Madame, Monsieur NOM : Prénom :

Né(e) le :/...../..... à

Pathologie principale :

Pathologie secondaire :

N'avoir constaté, par l'interrogatoire et l'examen clinique, aucune contre-indication à la pratique d'une activité physique adaptée au sein de la Maison Sport Santé Spécialisée VYV Form'Autonomie.

Précautions éventuelles à respecter par l'enseignant en activité physique adaptée (intensité, mobilisations ou exercices à éviter, etc) :

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

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

Afin de vous adresser le bilan de l'accompagnement de votre patient via une messagerie sécurisée, merci d'indiquer votre adresse mail sécurisée :

.....@.....