



**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 :

.....@.....