



**Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'une
activité physique adaptée**

Je soussigné(e), Docteur..... certifie que
(*NOM et Prénom du patient*) né(e) le
..... ne présente à ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique des
séances d'activité physique suivantes :

- Activité de marche nordique adaptée (parcours individualisés)
- Activités d'endurance en salle de sport (tapis, ergocycles, rameurs...)
- Séances de gym douce et renforcement musculaire adaptées en salle de sport
- Séances adaptées de longe côte

Nombre de cases cochées :

Antécédents, contre-indications pouvant gêner la pratique :

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

Tampon du médecin

Date et signature :

Club Sport Santé
Activités Physiques Adaptées

clubsportsante.com

06 79 86 12 63

57 rue de la liberté

14730 Giberville