

Votre certificat médical

Je soussigné(e) :

Docteur en Médecine exerçant à :

Certifié avoir examiné ce jour M, Mme, Mlle :

Né(e) le :

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l'activité physique adaptée proposée via la maison sport santé.

Les restrictions

La/le pratiquant(e) NE DOIT PAS réaliser les actions suivantes

- | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Marcher | <input type="checkbox"/> Courir | <input type="checkbox"/> Sauter | <input type="checkbox"/> Mettre la tête en arrière |
| <input type="checkbox"/> Lancer | <input type="checkbox"/> Tirer | <input type="checkbox"/> Pousser | <input type="checkbox"/> Porter |
| <input type="checkbox"/> S'allonger au sol | <input type="checkbox"/> Se relever du sol | | |

Elle/il NE DOIT PAS réaliser les actions suivantes

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Endurance (long et peu intense) | <input type="checkbox"/> Vitesse (bref et intense) |
| <input type="checkbox"/> Résistance | |

Elle/il NE DOIT PAS solliciter les articulations suivantes

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rachis | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> Genoux | <input type="checkbox"/> Cheville |
| <input type="checkbox"/> Epaules | <input type="checkbox"/> Autre(s) | <input type="text"/> | |

Ses mouvements sont limités en terme de

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amplitude | <input type="checkbox"/> Vitesse | <input type="checkbox"/> Charge | <input type="checkbox"/> Posture |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

Autres aménagements souhaitables

- Adaptation selon conditions climatiques (froid, sec, humidité...)
- Adaptation du temps de récupération
- Favoriser les act.physiques permettant un allègement du corps
- Favoriser les act.physiques avec déplacements limités et/ou dans l'axe
- Contre indication à la pratique dans un milieu aquatique

Les objectifs recherchés (facultatif)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire | <input type="checkbox"/> Equilibre et proprioception |
| <input type="checkbox"/> Souplesse et mobilité articulaire | <input type="checkbox"/> Lutte contre le stress |
| <input type="checkbox"/> Capacité cardio-respiratoire | <input type="checkbox"/> Perte de poids |
| <input type="checkbox"/> Renforcement de l'ossature | |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) | <input type="text"/> |

Autres précautions ou préconisations

Certificat établi à la demande de l'intéressé 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

Cachet (obligatoire)

Signature du médecin