

Le Certificat médical permettant une pratique d'activité physique adaptée et sécurisée dans le cadre du sport santé

« Je soussigné Dr Docteur en médecine certifie avoir examiné
Mr/Mme/Mlle
né(e) le/...../..... et avoir constaté que son état de santé actuel :

- **Autorise** la pratique des activités physiques ou sportives suivantes sans adaptation (Certificat médical de non contre-indication)
liste :
.....
.....

- **Entraîne** une inaptitude partielle liée à des types de mouvements limités
en amplitude oui non, localisation :.....,
en vitesse oui non, localisation :.....,
en charge oui non, localisation :.....,
en posture oui non, localisation :.....,
à des types d'efforts limités
en intensité oui non,
en durée oui non,
à des capacités incompatibles avec des exercices
en hauteur oui non,
en milieu aquatique oui non,
dans des conditions atmosphériques oui non, préciser :.....
.....

- **Prescrit** une Activité Physique Adaptée et/ou Sportive Adaptée, pendant la durée de, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

- **Autres** précisions et recommandations pouvant aider l'enseignant, l'éducateur, l'animateur ou la prise en charge en APA :
.....
.....
.....
.....
.....

- **Certifie** avoir remis le document présent à l'intéressé (ou à son représentant légal pour les moins de 16 ans) pour faire valoir ce que de droit.

Fait à le/...../.....
Signature : Cachet médical