CERTIFICAT DE PRESCRIPTION
EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE
CERTIFICAT MÉDICAL DE NON 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 ainsi que de balnéothérapie au sein de la **Maison Sport Santé de Verdaich**.

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