

# Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'une activité physique et/ou sportive adaptée, régulière, sécurisante et progressive.

Je soussigné(e) : .....

Docteur en médecine exerçant à : .....

Certifie avoir examiné ce jour M., M<sup>me</sup> : .....

Né(e) le : .....

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents,  
contre-indiquant la PRATIQUE d'activité physique et/ou sportive dans les disciplines  
souhaitées : .....

**Précisez ci-dessous les RECOMMANDATIONS MEDICALES à l'attention  
des éducateurs sportifs (champs obligatoires)**

● **TYPES DE MOUVEMENTS LIMITÉS EN :**

Amplitude     Vitesse     Charge     Posture

● **TYPES D'EFFORTS LIMITÉS SUR LE PLAN :**

Musculaire     Cardio-vasculaire     Respiratoire

● **CAPACITÉS À L'EFFORT LIMITÉES EN :**

Endurance (longue et peu intense)     Résistance  
 Vitesse (brève et intense)

● **CAPACITÉS INCOMPATIBLES AVEC :**

Un travail en hauteur     Le milieu aquatique  
 Des conditions atmosphériques particulières (à préciser)

**Autres PRECAUTIONS et/ou PRECONISATIONS dans les activités physiques  
pratiquées ci-dessus :**

CERTIFICAT établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour  
faire valoir ce que de droit.

Cachet du Médecin (Obligatoire)

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature du médecin