



CERTIFICAT DE PRESCRIPTION EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), Docteur en Médecine.....

Exerçant à

Médecin traitant

Autre :

Certifie avoir examiné ce jour

Monsieur, Madame NOM : Prénom :

Né(e) le : / / à

N'avoir constaté par l'interrogatoire et l'examen clinique, aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques adaptées dans le cadre du programme « *Bougez sur ordonnance* » mis en place sur Nîmes et des activités mises en place par Nîmes Sport Santé.

Et recommande concernant la pratique d'activités physiques (type d'activité, intensité, fréquence, volume, etc.) :

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

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

NÎMES sport santé
6 rue du Rempart Romain - 30000 NÎMES
asso@nimessportsante.fr
06 31 41 83 00
www.nimessportsante.fr

Afin de vous adresser le bilan de l'accompagnement de votre patient merci d'indiquer en majuscule votre adresse mail : @