



NÎMES
SPORT
SANTÉ

CERTIFICAT DE PRESCRIPTION EN ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

CERTIFICAT MEDICAL 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

Pathologies secondaires

N'avoir constaté par l'interrogatoire et l'examen clinique, aucune contre-indication à la pratique d'activité physique adaptée dans le cadre du programme « *Bougez sur ordonnance* » mis en place sur Nîmes

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.) :

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

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

Afin de vous adresser le bilan de l'accompagnement de votre patient via une messagerie sécurisée, merci d'indiquer en majuscule votre adresse mail sécurisée :

..... @