

# 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 :

..... @ .....