

Je soussigné(e), Docteur en médecine.....
Lieu d'exercice :

Certifie avoir examiné M/MmePrénom :.....
Né(e) le à

Observé(e) ce jour, le/la patient(e) est compatible avec la pratique régulière d'une activité physique et/ou sportive adaptée (APA). L'absence de signe clinique contre-indiquant l'autorise à pratiquer cette/ces activité(s) :

- Renforcement musculaire adapté
- Gym douce
- Equilibre/ prévention des chutes
- Ré-entraînement à l'effort
- Relaxation
- Autres :

OBSERVATION(S) : (en référence à l'appareil locomoteur, cardio-vasculaire, respiratoire et neurosensoriel)

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre le/...../....., à

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN

Le présent certificat est valable 1 an, sauf contre indication du médecin.