

Le Certificat médical permettant une pratique d'activité physique adaptée et sécurisée dans le cadre du sport santé

« Je soussigné Dr Docteur en médecine certifie avoir examiné
Mr/Mme/Mlle/l'enfant/l'élève
né(e) le...../...../.....
et avoir constaté que son état de santé actuel :

-Autorise la pratique des activités physiques ou sportives suivantes sans adaptation (Certificat médical de non contre-indication) liste :

-Entraîne une inaptitude partielle liée : à des types de mouvements limités en amplitude (oui/non avec localisation), en vitesse (oui/non avec localisation), en charge (oui/non avec localisation), en posture (oui/non avec localisation), à des types d'efforts limités en intensité (oui/non) ou en durée (oui/non), à des capacités incompatibles avec un travail en hauteur (oui/non), en milieu aquatique (oui/non), dans des conditions atmosphérique (préciser)

-Autres précisions pouvant aider l'enseignant, l'éducateur, l'animateur ou la prise en charge en APA :

-Demande une prise en charge en Activité Physique Adaptée par le réseau sport-santé-bien-être et autorise la réalisation des tests d'évaluation de l'état physique suivants : test de 6 minutes de marche (oui/non), test de la chaise (oui/non), test de souplesse (oui/non), test d'équilibre (oui/non)

-Certifie avoir remis le document présent à l'intéressé (ou à son représentant légal pour les moins de 15 ans) pour faire valoir ce que de droit

Fait à le

Signature :

Cachet médical