

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)

Je soussigné, Docteur , certifie avoir examiné

Mme M.

NOM : Prénom :

Né(e) le : . . . / . . . /

Et constaté que son état de santé actuel,

- Le/la rend apte à la pratique d'une activité physique adaptée (APA)

Cependant, je vous engage à suivre ces recommandations et conseils (en référence à l'appareil locomoteur, cardio-vasculaire, respiratoire et neurosensoriel) :

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

Fait à :

Le : . . . / . . . /

Signature et cachet du médecin

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

