



Certificat Médical de non contre-indication à la pratique D'Activité Physique Adaptée

Je soussigné(e) Docteur en médecine,
certifie avoir à ce jour examiné Mme ou M.

Né(e) le / / et ne constate aucune contre-indication
à la pratique d'une Activité Physique Adaptée.

Certifie après examen que son état de santé actuel :

- Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités physiques adaptées.
- Présent une contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives suivantes :

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

Document remis au patient

Date :

Signature et cachet du médecin :