



# Certificat médical de prescription d'Activité physique adaptée

Je soussigné(e), .....

docteur en médecine Exerçant à .....

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

Et avoir constaté, ce jour :

1.  L'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique d'une activité physique modérée et régulière.
2.  La présence de signe clinique décelable ne contre-indiquant pas la pratique d'une activité physique modéré mais nécessitant des adaptations :

- privilégier les activités en décharge articulaire
- limiter l'activité à une intensité faible à modérée (FC à ne pas dépasser : ..... BPM)

Précaution particulières : .....

.....

.....

.....

.....

.....

3.  Des Objectifs sur la santé

.....

.....

.....

.....

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres.

Signature et cachet du médecin

Fait à .....

Le .....