

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES

À photocopier et à remettre lors de votre inscription dans un club/association.

Je soussigné, Dr

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mme. / M.

Né(e) le

et n'avoir pas constaté de contre-indication apparente à la pratique des
activité(s) physique(s) suivante(s) :

.....
.....

À

Le

Signature du médecin

Cachet du médecin

Si vous souhaitez orienter votre patient vers le DAPAP 03, veuillez remplir la fiche de prescription ci-jointe.

FICHE DE PRESCRIPTION

Le patient doit-il bénéficier d'un entretien d'évaluation motivationnel et d'orientation par un professionnel du DAPAP 03 : OUI NON

Le patient doit-il bénéficier d'une évaluation de la condition physique par un professionnel du DAPAP 03 : OUI NON

Les objectifs recherchés :

Renforcement musculaire	Equilibre et proprioception
Souplesse et mobilité articulaire	Lutte contre le stress
Capacité cardio-respiratoire	Aide à la perte de poids
Renforcement de l'ossature	Plaisir de la pratique et bien être

QUELLE ACTIVITÉ PHYSIQUE ?

Je laisse le soin à un professionnel du DAPAP 03 d'évaluer et d'orienter le bénéficiaire vers une activité physique adaptée.

Je conseille :

Natation	Aquagym	Gym douce
Gym active	Stretching	Marche Active
Marche Nordique	Pilates	Renforcement musculaire
Activités Cardios	Randonnée pédestre	

Autres :

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Document remis au patient