

## CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'ATHLE SANTE LOISIR HORS COMPETITION D'ATHLETISME

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné(e) Docteur en médecine

certifie avoir examiné ce jour :

né(e) le :

et n'avoir pas constaté de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS COMPETITION de : (rayer les mentions inutiles)

**Marche Nordique - Remise en forme - Running - Condition physique**

### RECOMMANDATIONS MEDICALES

**à destination du Coach Athlé Santé, de l'Animateur Marche Nordique et de l'entraîneur Running**

Précautions à prendre concernant (entourer les mentions utiles et préciser le cas échéant) :

#### L'appareil locomoteur :

- Colonne vertébrale :
- Membres supérieurs :
- Membres inférieurs :
- Mouvements à éviter :

#### L'appareil cardio-vasculaire :

- Fréquence cardiaque / minute maximale à ne pas dépasser :
- Signes cliniques imposant l'arrêt de l'activité :
- Stage de réhabilitation cardio-respiratoire réalisé :                    oui                    non  
  Depuis combien de temps ?
- Besoin d'O2 ?    oui                    non                    Quand ?

#### L'appareil neuro-sensoriel :

- Mouvements à éviter :
- Conséquences d'une altération de l'acuité auditive et/ou visuelle :

**Autres précautions et/ou préconisations** (ex : liées aux traitements en cours, diabète et risque d'hypoglycémie, appareillage éventuel, cicatrices, saturation en oxygène, etc....)

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

Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé et remis en main propre.

Fait à .....

Le .....

Signature du médecin :

Cachet du médecin