

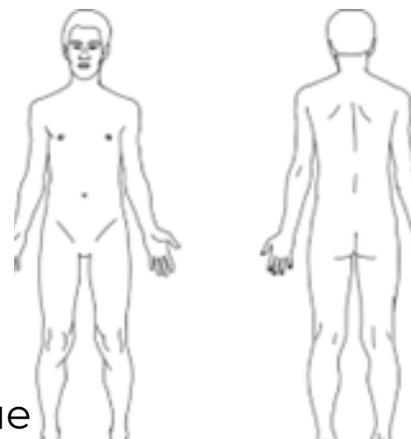
Prescription d'activités physiques adaptées

Je soussigné Dr, Docteur en médecine, certifie
avoir examiné Mr/Mme
Né(e) le...../...../..... et avoir constaté que son état de santé actuel :

Autorise la pratique des activités physiques ou sportives sans
adaptation (Certificat médical de non contre-indication)

Autorise la pratique des activités physiques ou sportives avec
des limitations en termes de :

- Charge :
- Vitesse :
- Posture :
- Intensité de l'effort :
- Durée :
- Réalisation d'activités en milieu aquatique



Autres précisions pouvant aider l'enseignant, l'éducateur à la prise en
charge en APA :

.....
.....

Fréquence préconisée : séance(s) / semaine

Durée de la séance : minutes

Je certifie avoir remis le document présent à l'intéressé(e) (ou à son
représentant légal pour les moins de 15 ans) pour faire valoir ce que
de droit.

Fait à Le

SIGNATURE ET CACHET MÉDICAL