

# Prescription et certificat médical

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ docteur en médecine exerçant à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ certifie avoir examiné ce jour M, Mme \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_ et n'avoir pas constaté, à  
ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l'activité physique  
et/ou sportive dans la/les disciplines souhaitées \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée pendant \_\_\_\_\_ (durée), à  
adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

## Préconisation d'activité et recommandations

### Préconisation et recommandations médicales à l'attention des éducateurs sportifs :

- Type de mouvement limité en :  
 amplitude       vitesse       charge       posture
- Type d'efforts limités sur le plan :  
 musculaire       articulaire       cardio-vasculaire       respiratoire
- Capacités à l'effort limitées en :  
 endurance       résistance       vitesse
- Capacités incompatibles avec :  
 le milieu aquatique       des conditions atmosphériques particulières  
 autre : \_\_\_\_\_

Certificat et prescription établis à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre  
pour faire valoir ce qui de droit.

Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Cachet du médecin (obligatoire)

Signature du médecin