

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

Docteur,

Enseignante en Activité Physique Adaptée et Santé (diplômée Master Activité Physique pour la Santé), je propose et conseille à votre patient(e) la pratique d'une activité physique régulière, adaptée à sa santé.

Pour cela, et dans un souci d'accompagnement optimal de votre patient(e), je souhaiterais avoir votre avis concernant l'état de santé de celui/celle-ci. Je m'engage formellement à garder ces informations confidentielles.

Avec votre accord et accord du patient, est-il possible SVP de me transmettre ci-après les particularités de l'état de santé de votre patient (pathologie, antécédents...) :

De plus, un certificat médical est demandé compte tenu des particularités de santé du patient.

Je soussigné(e), _____

Docteur en médecine, certifie avoir examiné M/Me _____

Né(e) le _____

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre indiquant **la pratique d'une Activité Physique Adaptée à l'état de santé.**

Signature et cachet du
médecin
(+Accord de la transmission des
informations)

Signature du patient
(+Accord de la transmission des
informations)

Signature et cachet de
l'Enseignant APA
(Gage de confidentialité des
informations transmises)

