



// Certificat médical

*Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique.
(A détacher et remettre à votre animateur lors de votre inscription).*

Je soussigné(e), Dr.....,

docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mme/M.,

Né(e) le :/...../.....,

et n'avoir pas constaté de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de l'activité physique suivante en loisir :

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

- Cette activité physique se fera de façon adaptée et personnalisée conformément à la fiche de renseignements ci-contre.
- Ce certificat médical sera à renouveler tous les ans.

À,

Le...../...../.....

Signature du médecin :

Cachet du médecin :

Merci de compléter la fiche de renseignements complémentaires jointe à ce certificat médical.

// Fiche de renseignements complémentaires

A faire compléter par le médecin établissant le certificat médical afin que votre animateur puisse adapter au mieux votre pratique.

■ RENSEIGNEMENTS

Quelles sont les possibilités d'efforts cardio-vasculaires et respiratoires ?

☐ Effort intense et bref ☐ Effort peu intense et prolongé (durée limitée à :min)

Risques / Recommandations :
.....
.....

Quelles sont les possibilités d'efforts ostéo-articulaires et musculaires ?

☐ Normales ☐ Limitées Préciser ci-dessous :

- Fragilité osseuse : ☐ Absente ☐ Modérée ☐ Importante

- Fragilité articulaire : (Cocher et entourer l'articulation concernée)

Epaule D / G		Coude D / G		Poignet-Main D / G	
Rachis Cervical		Rachis Dorsal		Rachis Lombaire	
Hanche D / G		Genou D / G		Cheville-Pied D / G	

- Fatigabilité musculaire :

☐ Non ☐ Oui, globale ☐ Oui, localisation particulière :

Risques/Recommandations :
.....
.....

Quelles sont les possibilités neuro-motrices ?

• Y a-t-il des troubles de l'équilibre ? ☐ Non ☐ Oui,

Préciser le risque de chute : ☐ Peu important ☐ Important

• Y a-t-il des troubles de la coordination ? ☐ Non ☐ Oui

Préciser l'importance : ☐ Peu importants ☐ Importants

Risques / Recommandations :
.....
.....

Y a-t-il des troubles sensoriels, cognitifs ou du comportement ?

☐ Vision : ☐ Normale ☐ Diminuée ☐ Très diminuée

☐ Audition : ☐ Normale ☐ Diminuée ☐ Très diminuée

☐ Parole : ☐ Normale ☐ Diminuée ☐ Très diminuée

☐ Troubles cognitifs : ☐ Non ☐ Oui : ☐ Légers ☐ Modérés ☐ Importants

☐ Troubles comportementaux : ☐ Non ☐ Oui : ☐ Légers ☐ Modérés ☐ Importants

Autres problèmes éventuels - Commentaires

☐ Insuffisance de la paroi abdominale ☐ Troubles vésico-sphinctériens ☐ Risques hémorragiques

☐ Autres (à préciser si besoin) :
.....
.....

Types d'activités interdites

☐ Activités avec risque de chutes et de chocs

☐ Activités en atmosphère froide

☐ Activités en atmosphère humide

☐ Activités en milieu aquatique

☐ Activités en atmosphère chaude