CERTIFICAT MEDICAL DE NON 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 ne pas avoir constaté de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS COMPETITION de :

Marche Nordique - **Remise en forme** - **Running** - **Condition physique** *(rayer les mentions inutiles)*

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
  Si oui, depuis combien de temps ? …….
- Besoin d'O2 ? oui non
  Si oui, 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