

Recommandations pour l'adaptation de la pratique

Adaptations/recommandations/contre-indications :

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

Points de vigilance articulaires :

Si besoin, indiquez la latéralité avec D pour droite ou G pour Gauche à côté de l'articulation

Rachis Autre(s) articulation(s) :

Autres aménagements souhaitables :

- Favoriser les activités physiques avec déplacements du corps dans l'axe (ex : marche)
- Favoriser les activités physiques permettant un allègement du corps (ex : natation, cyclisme, etc.)
- Autre :



Certificat médical

Je soussigné, Dr., certifie avoir examiné ce jour,
Mr / Mme, né(e) le / /

Et n'avoir pas constaté de contre-indications médicales à la pratique de l'activité physique et sportives adaptée à sa santé.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit. Valable pour une durée de un an à compter de ce jour.

Cachet du médecin (obligatoire)

Fait à

le / /

Signature du médecin :