CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'ATHLE SANTE HORS COMPETITION

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné(e) Docteur en médecine : .....

Certifie avoir examiné ce jour : M. / Mme .....

Né(e) le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

et confirme l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS COMPETITION de : (rayer les mentions inutiles)

☐ MARCHE NORDIQUE ☐ RUNNING

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
- Depuis combien de temps ?
- Besoin d'O2 ? ☐ oui ☐ non Quand ?

L'appareil neurosensoriel :

- 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(e) et remis en main propre.

Fait à .....

Le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Signature du médecin :

Cachet du médecin