



Date :

Je soussigné.e, certifie avoir examiné ce jour

Nom :

Prénom :

Né.e le :

Sport sur ordonnance : ☐ Oui ☐ Non

qui ne présente pas de contre-indication apparente à une activité physique adaptée.

Je lui prescris une activité physique ou sportive adaptée **d'intensité légère ou modérée.**

Indications :

☐ Adaptation cardio respiratoire à l'effort

☐ Mobilité

☐ Équilibre

☐ Renforcement musculaire

☐ Lutte contre le surpoids

☐ Autre:

Antécédents médicaux notables (avec accord du.de la patient.e) et précautions éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tampon du médecin-signature :

Signature du. de la patient.e :