

## Certificat médical

D'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique et/ou sportive adaptée régulière sécurisante et progressive

je soussigné(e) :.....

Docteur en médecine exerçant à :.....

certifie avoir examiné ce jour M. Mme. : .....

Né(e) le : .....

avoir constaté à la date de ce jour l'absence de signes cliniques apparents, contre indiquant la pratique de l'aviron auprès d'un club labellisé aviron santé et sous l'encadrement pédagogique d'un coach aviron santé

précisez impérativement les recommandations médicales ci-dessous à l'attention du coach aviron santé

> types de mouvement limité en

° amplitude      ° vitesse      ° charge      ° posture

.....  
.....

> capacités incompatibles avec

° le milieu aquatique  
° des conditions atmosphériques particulières

.....  
.....

➤ Types d'efforts limités en

° endurance (long et peu intense)      ° résistance (puissant)

• vitesse (bref et intense)

.....  
.....

autres précautions et/ou préconisations pour la pratique de l'aviron

.....  
.....

Cachet du médecin (obligatoire)

certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit

fait à ..... le.....

signature du médecin