**CERTIFICAT MEDICAL de non contre-indication à la pratique**
**de l’Athlé Santé Loisir HORS COMPETITION**

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

 Je soussigné(e) Docteur en médecine certifie avoir examiné ce jour :

né(e) le :
et n’avoir pas constaté de signes cliniques contre-indiquant la pratique de : (rayer les mentions inutiles)
**Marche Nordique - Remise en forme - Running - Condition physique**
**RECOMMANDATIONS MEDICALES**
**à destination du Coach Athlé Santé, de l’Animateur Marche Nordique et de**
**l’entraineur running hors stade** 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 :
**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 et remis en main propre. Fait à ………………………… Le ………………

Signature du médecin : Cachet du médecin