## 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 :
né(e) le :
et confirme l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS COMPETITION 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'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 neuro-sensoriel :**
- 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