

## Certificat médical

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

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine, médecin traitant, exerçant à .....

Certifie avoir examiné ce jour Mme, M. ....

Né(e) le.....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre indiquant la pratique d'activité physique régulière et d'intensité modérée.

Je reconnais que mon patient répond à l'un de ces critères d'inclusions :

### Dans le cadre du dispositif Prescri'mouv :

Affections de Longue Durée (ALD) :

- Diabète type 1
- Diabète type 2
- Cancer sein
- Cancer colorectal
- Cancer prostate
- Artérite des membres inférieurs
- Maladie coronaire stabilisée
- Broncho-pneumopathie chronique obstructive

Obésité

- IMC entre 30 et 40

### Dans le cadre du programme ETP :

Merci de cocher le(s) critère(s) d'inclusion :

- IMC > 40
- AVC
- 4 facteurs de risques cardiovasculaires
- Diabète gestationnel
- Obésité abdominale (*périmètre abdominal > 102 cm chez l'♂ et 88 cm chez la ♀*)

Je prescris de l'activité physique régulière et d'intensité modérée.

Précisez les recommandations médicales à l'attention des éducateurs sportifs :

<u>Type de mouvements limités en :</u>	<u>Type d'efforts limités sur le plan :</u>	<u>Capacités à l'effort limitées en :</u>	<u>Capacités incompatibles avec :</u>
<input type="checkbox"/> Amplitude <input type="checkbox"/> Vitesse <input type="checkbox"/> Charge <input type="checkbox"/> Posture	<input type="checkbox"/> Musculaire <input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire <input type="checkbox"/> Respiratoire	<input type="checkbox"/> Endurance (longue et peu intense) <input type="checkbox"/> Résistance <input type="checkbox"/> Vitesse (brève et intense)	<input type="checkbox"/> Travail en hauteur <input type="checkbox"/> Milieu aquatique <input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques particulières (préciser)

Précautions et/ou préconisations éventuelles à respecter dans les activités physiques pratiquées (intensité, mobilisations ou exercices à éviter, etc.) :

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

Cachet du médecin

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature du médecin