

CERTIFICAT MEDICAL SPORT SANTE / PREVENTION/ BIEN-ETRE



Je soussigné (e) Mr ou Mm Docteur: .....certifie

que Mr /Mme : .....

ne présente aucun signe de contre- indication à la pratique des Activités Aquatiques , Gymniques et sportives diverses .La pratique d'activité physique serait bénéfique dans un but de : ( cocher la case)

. **Bien -Etre** : Entretenir de son bonne forme physique.

. **Prévention** : Ralentir la progression de certaines pathologies.

. **Santé** : Soutenir le traitement d'une ou plusieurs pathologies installées. Les limitations et les contraintes de ce patient sont :

1.....

2.....

3.....

Fait à :

Le :

/

/2022

Cachet du Cabinet :

Dans le cadre du programme Sport Santé ce Certificat médical sera valable un an.