



# **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'O<sub>2</sub> ?                                      oui      non                      Quand ?

### **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(e) et remis en main propre.

Fait à .....

Le .....

Signature du médecin :

Cachet du médecin :