

CERTIFICAT MEDICAL

Certificat de prescription d'une activité physique adaptée

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que

Ne présente, ce jour, aucune contre-indication cliniquement décelable, à la pratique d'une activité physique adaptée organisée par l'ASV Sport-Santé

Présente des restrictions partielles ou des **consignes particulières (*)** pour assurer une participation sécuritaire de mon patient à une activité physique adaptée organisée par l'ASV Sport-Santé

* Précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

Signature et cachet :

Date :

Délivrée à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre

