

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE

Je soussigné(e), _____ Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour:

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ___/___/_____ Sexe : M F

Patient(e) en cours de traitement de radiothérapie : Oui Non

Patient(e) en immunothérapie ou thérapie ciblée : Oui Non

Patient(e) ayant terminé son traitement par radio et/ou chimiothérapie: Oui Non
Si oui date de la fin du traitement : ___/___/_____

Patient(e) porteur (se) d'un site implantable: Oui Non

Remarque : Si présence d'un site implantable, la réalisation de mouvements répétés en abduction du bras du côté du positionnement du site est contre-indiquée.

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée suivante :

Aquagym Activité Physique Adaptée
Yoga Tennis de table / Tennis Padel

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres le ___/___/_____, à _____

Signature et cachet du médecin

N.B. :

1. Le certificat médical est obligatoire pour la délivrance de la licence
2. TOUT médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat - remplir TOUS les ITEMS concernés. Les items laissés en blanc seront considérés comme négatifs.