



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

À faire compléter par votre médecin établissant le certificat médical afin d'adapter au mieux votre pratique d'activité physique

La pratiquante / le pratiquant NE DOIT PAS réaliser les actions suivantes

- Marcher     Courir     Sauter     Mettre la tête en arrière     Lancer     Tirer  
 Pousser     Porter     Attraper     S'allonger au sol     Se relever du sol  
 Autres .....

Elle / il NE DOIT PAS réaliser les types d'effort suivants :

- Endurance (long et peu intense)     Vitesse (bref et intense)     Résistance

Elle / il NE DOIT PAS solliciter les articulations suivantes :

- Rachis     Hanche     Genoux     Cheville     Épaules  
 Autres .....

Et ses mouvements sont limités en terme de :

- Amplitude     Vitesse     Charge     Posture

Il est donc nécessaire d'arrêter l'APS en cas de :

- Douleur     Fatigue     Essoufflement

Autres aménagements souhaitables

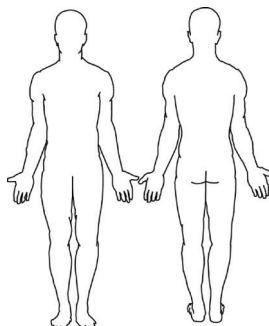
- Adaptation selon conditions climatiques (froid, sec, humidité...)  
 Adaptation du temps de récupération  
 Favoriser les AP permettant un allègement du corps  
 Favoriser les AP avec déplacements limités et/ou dans l'axe  
 Fréquence cardiaque à ne pas dépasser : ..... bpm

## DOULEURS ET FRAGILITÉS PHYSIQUES

Le ..... / ..... / .....

Observations :

Sur les personnages ci-contre, désignez où se situent les douleurs ou fragilités :



# CERTIFICAT MÉDICAL

## DE NON CONTRE INDICATION

### À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

À photocopier et à remettre lors de votre inscription à l'association

Je soussigné, Dr. ....,

docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mme. / M. ....,

né(e) le : .....

et n'avoir pas constaté de contre-indication apparente à la pratique de :

L'ensemble des activités physiques proposées dans le Pass'Sport Santé

Activité(s) physique(s) suivante(s) .....

.....

à .....

le.....,

Signature du médecin

Cachet du médecin