



CAPABLES



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE
D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE**

Je soussigné(e) _____
Docteur en médecine, certifie avoir examiné le pratiquant (nom, prénom)

né(e) le _____
et constaté que son état de santé entraîne : ***cochez les cases correspondantes***

UNE APTITUDE TOTALE

UNE APTITUDE PARTIELLE

Pour une durée de _____ à compter de ce jour.

Afin de s'adapter aux possibilités du pratiquant, il est nécessaire :

• **D'aménager les activités qui sollicitent les articulations** et en particulier les articulations suivantes :

Cheville Genou Hanche Épaule Rachis Autres, précisez :

La douleur doit être un signe d'appel pour arrêter l'activité.

• **D'aménager les activités physiques qui sollicitent les fonctions cardio-respiratoires.**

Il est préférable :

- de privilégier les activités d'intensité modérée
 de permettre au pratiquant de faire des pauses pendant l'effort si nécessaire
 d'adapter son temps de récupération.

L'essoufflement excessif doit être un signe d'appel pour arrêter ou aménager l'activité.

• **Autres recommandations (précisez) :**

UNE INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE

Pour une durée de _____ à compter de ce jour.

A la pratique de l'activité physique adaptée suivante :

Date : _____ ; Lieux : _____

Cachet et signature du médecin

