

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	☐	Pilates	☐
Yoga	☐	Marche aquatique/ Randonnée Santé	☐		

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