



**Man' Sport Santé**

Pôle Santé Axone  
75 Avenue Gabriel Péri  
38400 Saint Martin d'Hères

*Certificat médical d'autorisation à la pratique d'activités physiques adaptées*

• **Je soussigné, Docteur**

Nom / Prénom :

Ville :

Tèl :

• **Certifie avoir examiné ce jour :**

Nom / Prénom :

Age :

Sexe :  F  M

Poids :

Taille :

• **et l'autorise à pratiquer les activités physiques adaptées suivantes (cochez) :**

- Renforcement musculaire sur machine à charges
- Renforcement musculaire avec petit matériel (haltères, élastiques ...)
- Exercices à visée cardio-respiratoire (ergocycle, tapis, rameur ...)
- Activités d'équilibre et de coordination (tennis de table, basket ...)
- Activités collectives (gym ball, gym douce, pilates ...)

• **Antécédents et pathologies connues:**

.....  
.....

• **Contre-indications :**

.....  
.....

• **Remarques :** .....

.....

• **Objectifs pratiquant/médecin :** .....

.....  
.....

*Date :*

*Signature et tampon du médecin :*