



Man' Sport Santé

Pôle Santé Axone
75 Avenue Gabriel Péri
38400 Saint Martin d'Hères
06.69.48.92.75

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 guidées
- 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 ...)

• **Antécédents et pathologies connues :**

.....
.....

• **Contre-indications :**

.....
.....

• **Remarques :**

.....

• **Objectifs pratiquant/médecin :**

.....

.....

Date :
Signature et tampon du
médecin :