

ATTESTATION MÉDICALE DE NON CONTRE-INDICATION

A LA PRATIQUE D'UN SPORT (1)

(1) à l'exclusion de stages intensifs ou d'activités physiques particulières pour lesquelles le certificat d'aptitude à la pratique du sport est exigé.

Je soussigné, docteur certifie que :

(M., Mme.) NOM.....Prénom :Age :

ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques organisées par la F.F.E.P.G.V.

CONSEILS AUX ANIMATEURS(TRICES)

Précautions particulières à prendre concernant: (entourer les mentions utiles et préciser au besoin)

L'APPAREIL LOCOMOTEUR

- Colonne vertébrale
- Membres supérieurs
- Membres inférieurs.....
- Prothèses.....

L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

- Fréquence cardiaque à ne pas dépasser :.....
- Cœur à ménager

L'APPAREIL RESPIRATOIRE

- Essoufflement.....

L'APPAREIL NEURO-SENSORIEL

- Troubles de l'équilibre
- Vertiges
- Surdité
- Troubles de la vue

AUTRES PRECAUTIONS :
.....
.....

ATTESTATION DÉLIVRÉE A LA DEMANDE DE L'INTÉRESSÉ(E) ET REMISE EN MAIN PROPRE

Signature du (de la) pratiquant(e)

Cachet et signature du médecin

Date