



# APA'CAP'S

Activités Physiques Adaptées Cap vers la Santé

## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ET/OU SPORTIVES

....., docteur en médecine

Lieu d'exercice : .....

Certifie avoir examiné M/Mme .....

Né(e) le .....à .....

Certifie ,à la date de ce jour avoir constaté :

- l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique d'activités physiques et/ou sportives adaptées régulières
- la présence de signe clinique décelable ne contre-indiquant pas la pratique d'activités physiques et/ou sportives adaptées régulières, **mais nécessitant des adaptations et/ou des objectifs médicaux de prise en charge :**
  - renforcement musculaire
  - adaptation cardiorespiratoire à l'effort
  - équilibre/ prévention des chutes
  - assouplissement
  - relaxation/ bien-être
  - autres : .....

OBSERVATION(S), CONTRE-INDICATION(S) , PRECAUTION(S)

Date, signature et cachet du médecin ;

## APA'CAP'S

Justine ROND

Enseignante en Activités Physiques Adaptées  
contact@apacaps.fr // 0642424475