



Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives adaptées, hors compétition

Consultation ce jour de :

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____ Taille : _____ Poids : _____

Ce certificat médical est à remettre à Monsieur Christian Weislocker avant toute pratique encadrée par ce dernier. La durée de validité du certificat médical est d'un an, sauf avis médical contraire.

Pour une bonne prise en charge sportive adaptée, merci de remplir tous les points du certificat.

Tension artérielle au repos

Pression systolique : _____

Pression diastolique : _____

Test de Ruffier-Dickson

Fréquence de repos (p0) : _____

Fréquence après 30 flexions (p1) : _____

Fréquence 1 min. après l'effort : _____

Activités (observations à inscrire au verso) :

Réalisation du test Ruffier-Dickson	<input type="checkbox"/> non contre indiqué	<input type="checkbox"/> contre indiqué
Marche	<input type="checkbox"/> non contre indiqué	<input type="checkbox"/> contre indiqué
Marche rapide	<input type="checkbox"/> non contre indiqué	<input type="checkbox"/> contre indiqué
Course à pieds	<input type="checkbox"/> non contre indiqué	<input type="checkbox"/> contre indiqué
Natation	<input type="checkbox"/> non contre indiqué	<input type="checkbox"/> contre indiqué
Exercices d'étirement (stretching)	<input type="checkbox"/> non contre indiqué	<input type="checkbox"/> contre indiqué
Exercices d'équilibre	<input type="checkbox"/> non contre indiqué	<input type="checkbox"/> contre indiqué
Exercices musculaires sans charge	<input type="checkbox"/> non contre indiqué	<input type="checkbox"/> contre indiqué
Exercices musculaires avec charge	<input type="checkbox"/> non contre indiqué	<input type="checkbox"/> contre indiqué
Gymnastique au sol	<input type="checkbox"/> non contre indiqué	<input type="checkbox"/> contre indiqué
Sauts (hauteur et longueur)	<input type="checkbox"/> non contre indiqué	<input type="checkbox"/> contre indiqué
Jeux de ballon	<input type="checkbox"/> non contre indiqué	<input type="checkbox"/> contre indiqué

Observations concernant les activités / Contre-indications particulières :

Certificat médical établi le : _____

Durée de validité : _____

Etabli par :