



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE
INDICATION A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE
PHYSIQUE ADAPTEE

Je soussigné(e), Docteur en Médecine.....
Exerçant à Certifie avoir
examiné ce jour...../...../.....

Monsieur, Madame

NOM : Prénom :

Né(e) le : / / à

N'avoir constaté par l'interrogatoire et l'examen clinique, aucune contre-indication à la pratique d'activité physique adaptée

Et recommande concernant la pratique d'activités physiques (*type d'activité, intensité, fréquence, volume, etc.*) :

.....
.....

Précautions éventuelles à respecter par l'enseignant en activité physique adaptée (*intensité, mobilisations ou exercices à éviter, etc.*) :

.....
.....

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit. Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour.

Fait à, le/...../.....

Signature et cachet du médecin

1 Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD 2 Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans la cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée