

ROMANS BOUGE POUR VOTRE SANTE

Certificat médical de non contre-indication à une activité physique adaptée

Je soussigné(é).....

Docteur(e) en médecine (spécialité)

Exerçant à

Certifie avoir examiné ce jour M/Mme

Né(e) le :

Et n'avoit pas constaté ce jour, de signes cliniques apparents, contre indiquant la pratique d'une activité physique adaptée à son état de santé, dans le cadre du dispositif Sport-Santé.

Précautions et préconisations si nécessaire :

.....

.....

.....

.....

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 de , à compter de ce jour.

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

(Obligatoire)

Fait à :

Le :

Contact : Maison Sport Santé de Romans Sur Isère
26 rue Magnard – 26100 ROMANS SUR ISERE
Accueil : 04 75 45 89 48
sportsante@ville-romans26.fr