



CERTIFICAT MEDICAL D'INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES

Je soussigné(e), Docteur, certifie que l'état de santé de

Nom : Prénom : Né(e) le / /

est compatible avec la pratique d'Activités Physiques Adaptées, proposée dans le cadre du parcours d'Education Thérapeutique du Patient Poiplume (surpoids et obésité infantile).

Je l'autorise en conséquence à pratiquer :

- Activités physiques et sportives progressives et régulières,

En évitant :

.....

Précautions particulières : appareil locomoteur, cardiovasculaire, respiratoire, neurosensoriel (vision, audition, équilibre). Contre-indications. Activités sportives déconseillées.

Fait à :

Le : / /

Cachet du médecin / Signature :