



Prescription en Activité Physique et Sportive Adaptée

Certificat médical de non contre-indication

Je soussigné(e), Docteur :

☐ Médecin traitant

☐ Autre :

Certifie avoir examiné ce jour

Mme/Mr :

Né(e) le :

N'avoir constaté, par l'interrogatoire et l'examen clinique, aucune contre-indication à la pratique au sein du club Albi Triathlon à la pratique du "triathlon santé" à savoir :

- Marche
- Renforcement musculaire
- Exercices d'équilibre
- Natation adaptée
- Vélo

(Rayer une ou plusieurs activités si elles sont contre-indiquées).

Et recommande concernant la pratique d'activité physique (type, durée, intensité, fréquence...) :

A adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient

Précautions particulières / Restrictions médicales / Limitations :

Appareil locomoteur (limitations), cardio-vasculaire (FC à ne pas dépasser/HTA), respiratoire (patient sous O2), troubles de l'équilibre... :

Fait à : Le :

Signature et cachet du médecin :