

Votre certificat médical

Je soussigné(e) :

Docteur en Médecine exerçant à :

Certifie avoir examiné ce jour M, Mme, Mlle :

Né(e) le :

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l'activité physique adaptée proposée via la maison sport santé.

La MSS intervient à Quimperlé, Bannalec, Lorient, Lanester, Hennebont, Plœmeur Port-Louis, Riantec, Locmiquélic, Plouay, Plouhinec et Scaër.

Les restrictions

La/le pratiquant(e) NE DOIT PAS réaliser les actions suivantes

- Marcher Courir Sauter Mettre la tête en arrière
 Lancer Tirer Pousser Porter
 S'allonger au sol Se relever du sol

Elle/il NE DOIT PAS réaliser les actions suivantes

- Endurance (long et peu intense) Vitesse (bref et intense)
 Résistance

Elle/il NE DOIT PAS solliciter les articulations suivantes

- Rachis Hanche Genoux Cheville
 Épaules Autre(s)

Ses mouvements sont limités en terme de

- Amplitude Vitesse Charge Posture

Autres aménagements souhaitables

- Adaptation selon conditions climatiques (froid, sec, humidité...)
- Adaptation du temps de récupération
- Favoriser les activités physiques permettant un allègement du corps
- Favoriser les activités physiques avec déplacements limités et/ou dans l'axe
- Contre indication à la pratique dans un milieu aquatique

Les objectifs recherchés (facultatif)

- Renforcement musculaire
- Souplesse et mobilité articulaire
- Capacité cardio-respiratoire
- Renforcement de l'ossature
- Maintien du lien social
- Autre(s) _____
- Equilibre et proprioception
- Lutter contre le stress
- Perte de poids
- Améliorer l'estime et la confiance en soi

Autres précautions ou préconisations

Certificat établi à la demande de l'intéressé 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 _____

Cachet (obligatoire)

Signature du médecin