

Certificat médicale de non contre indication

Je soussigné docteur

Certifie avoir examiné

Née le

Et avoir constaté, ce jour:

- L'absence de signes cliniques décelables contre indiquant la pratique d'une activité physique modérée et régulière.
- La présence de signes cliniques décelables ne contre indiquant pas la pratique d'une activité physique modéré, mais nécessitant des adaptations.

Précautions particulières:

Prescription de l'activité Physique.

Le patient présente des risques cardio-vasculaires suivant:

Faible Modéré Elevé Très élevé

- Au vue des éléments de la consultation le patient ne présente pas de limitations fonctionnelles sévères.
- La fonction locomotrice a été évaluée. Le patient présente un profil de limitations fonctionnelles :
 - Aucune Minimale Modérée

Je recommande la pratique d'une activité physique:

Intensité de pratique	Fréquence Hebdomadaire	Durée de l'activité
légère: inf à 3 mets	1 à 2 fois	Moins de 45 min
modérée: 3 et 6 mets	2 à 3 fois	De 45 min à 1h15
Elevée: sup à 6 mets	Plus de 3 fois	Plus de 1h15

Les objectifs recherchés :

- Plaisirs de pratiquer
- Renforcement musculaire
- Renforcement de l'ossature
- Aide à la perte de poids
- Equilibre et proprioception
- Souplesse et mobilité articulaire
- Lutte contre le stress
- Capacité cardio-respiratoire