



Dossier médico-sportif du pratiquant

LE BENEFICIAIRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom.....

Prénom.....

Sexe Féminin Masculin Poids : Taille :

Adresse.....

CP..... Ville.....

Tél.....

E-mail.....

LE MEDECIN

FICHE DE PRESCRIPTION

Les objectifs recherchés (indications) :

→ Prescription pour une durée de :

- 3 mois ou - 6 mois

Amélioration de :	Force musculaire	
	Équilibre	
	Souplesse et mobilité articulaire	
	Capacité cardio-respiratoire	
	Santé mentale	
Perte de poids		

Nombre de séances hebdomadaires recommandées (séance d'1h) :

Intensité de la pratique prescrite ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Faible Moyenne Élevée

LE MEDECIN

**CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE**

Je soussigné, Dr.....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mme./M.

Né(e) le :

et n'avoir constaté de contre-indication apparente ce jour à la pratique de :

- Aquagym
- Renforcement musculaire
- Marche
- Gym Douce

Je laisse le soin à l'enseignant en activités physique adaptée d'évaluer et orienter le bénéficiaire vers des exercices qui lui seront adaptés.

à.....

le.....

Cachet et signature du médecin

LE MEDECIN

FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

	Contre-indiqué	A faire avec précaution	Pas de restriction
Actions			
Sauter			
Courir			
Lancer			
Tirer			
Pousser			
Porter			
Autres			
Efforts			
Endurance			
Vitesse			
Résistance			
Sollicitation articulaire			
Rachis			
Hanche			
Genoux			
Cheville			
Épaule			
Autres			
Arrêt de l'effort en cas de :	<input type="radio"/> Douleur <input type="radio"/> Fatigue <input type="radio"/> Essoufflement		