

Cachet du Médecin

Patient

NOM :

Prénom :

### **ORDONNANCE**

Je soussigné(e), Dr .....,  
prescrits, au patient cité plus haut, la pratique d'une activité physique adaptée  
à réévaluer en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

### **CERTIFICAT MÉDICAL**

Je soussigné(e), Dr .....,  
certifie avoir examiné ce jour mon patient cité plus haut, né(e) le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Et n'avoir pas constaté de contre-indications médicales à la pratique d'activités  
physiques adaptées à la santé.

*Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.*

Le ...../...../.....

Signature :