

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE SPORTIVE

Évaluation médico-sportive · Apte / avec restrictions / inapte

Dr : _____ N° RPPS : _____

Cabinet / Établissement : _____ Adresse : _____ Tél. : _____

CERTIFIE L'APTITUDE MÉDICALE À LA PRATIQUE SPORTIVE DE

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Pièce d'identité : _____ Sport / Activité : _____

Club / Organisme : _____

ÉVALUATION MÉDICO-SPORTIVE :

☐ APTE À LA PRATIQUE SPORTIVE

☐ APTE AVEC RESTRICTIONS

☐ TEMPORAIREMENT INAPTE

PARAMÈTRES CLINIQUES :

T.A. : _____ F.C. : _____ F.R. : _____ Temp. : _____ Poids : _____

Taille : _____ IMC : _____ Vision : _____

OBSERVATIONS / RESTRICTIONS / RECOMMANDATIONS :

Le présent certificat est établi à : _____

Dr : _____ N° RPPS : _____ Date : _____

Signature et cachet du médecin