



Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'activités physiques

Tél. 01.49.83.00.96

Je soussigné(e), Docteur en médecine

Exerçant à

Médecin traitant Autre :

Certifie avoir examiné à ce jour,

Monsieur/ Madame – Nom : Prénom :

Né(e) le : / / à

N'avoir constaté par l'interrogatoire et l'examen clinique :

Aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques adaptées dans le cadre du dispositif de la Maison Sport Santé Bry-Villiers, co-portée par le Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF) de Villiers-sur-Marne et l'Hôpital Saint Camille (HSC) de Bry-sur-Marne.

Aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives adaptées et/ou sport santé.

Aucune contre-indication à la pratique d'activité(s) physique(s) et sportive(s) souhaitée(s) :

.....

Cette attestation est valable l'année, sous réserve de modification notoire de mon état de santé.

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

Fait à

le / /

Cachet et signature du médecin

Afin de vous adresser le bilan de l'accompagnement de votre patient, merci d'indiquer votre adresse mail :

..... @