



# Sport sur ordonnance - Certificat médical

de non contre indication à la pratique d'une activité physique et/ou sportive adaptée. Régulière, sécurisante et progressive

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine exerçant à .....

Certifie avoir examiné ce jour M., Mme., .....

Et n'avoir constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l'Aviron-Santé, dans un club certifié Prescri'Forme, sous l'encadrement pédagogique d'un Coach Aviron Santé.

Précisez impérativement les recommandations médicales ci-dessous à l'intention du Coach Aviron Santé :

### ➤ TYPES DE MOUVEMENTS LIMITÉS EN

- Amplitude  Vitesse  Charge  Posture

.....  
.....  
.....

### ➤ TYPES D'EFFORTS LIMITÉS EN

- Endurance (long et peu intense)
- Résistance (puissant)
- Vitesse (Bref et intense)

.....  
.....

### ➤ CAPACITÉ INCOMPATIBLE AVEC

- le milieu aquatique
- des conditions atmosphériques particulières (à préciser)

.....  
.....

Autres précautions ou préconisation pour la pratique de l'Aviron

.....  
.....

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

Fait à ..... Le .....  
Signature du médecin

Cachet du médecin (Obligatoire)