

Prescription médicale

▪ Médecin

Nom :

Ville :

Certifie avoir examiné :

▪ Sportif

Nom /Prénom :

Age :

Sexe : ☐ F ☐ M

Poids :

Taille :

Et prescrire la pratique de: (cochez)

- ☐ Marche nordique ☐ Renforcement musculaire
☐ Sports collectifs ☐ Gym douce

La pratique est adaptée en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Pour une durée de

Antécédents :

.....

.....

Remarques / contre-indications :

.....

Objectif patient/médecin :

.....

Signature et tampon du Médecin :