

Prescription médicale

▪ Médecin

Nom :

Ville :

Téléphone :

Mail (pour faire parvenir les retours) :

Certifie avoir examiné et autorise :

▪ Sportif

Nom /Prénom :

Age :

Sexe : F M

Poids :

Taille :

à la pratique de : (cochez)

- Marche nordique Renforcement musculaire
 Sports collectifs Gym douce

Antécédents :

.....

.....

Remarques :

.....

Objectif patient/médecin :

.....

Signature et tampon du Médecin :