

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

Je, soussigné Docteur (prénom+ NOM) _____,

Certifie avoir examiné ce jour :

Madame/Monsieur (prénom + NOM) _____,

Né(e) le jj/mm/aaaa _____,

Et ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication médicale apparente à la pratique d'exercices physiques d'intensité élevée à très élevée en salle d'entraînement :

- Test de Puissance ou de Vitesse Maximales Aérobie - PMA ou VMA » (test non-médical réalisé à sa fréquence cardiaque maximale, par un Préparateur physique expérimenté et diplômé en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), dans un objectif de programmation de son entraînement).
- Circuit d'exercices supervisés sur la base d'un plan personnalisé.
- Pratique libre.

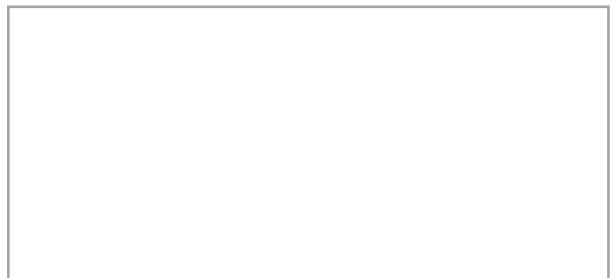
Si aucune case n'est cochée, merci de préciser les limitations à la pratique :

Précisions éventuelles

Fait à : _____

Le : _____

Signature et cachet



Le présent certificat est remis en main propre à l'intéressé(e), qui a été informé(e) des risques encourus notamment en cas de fausse déclaration.

En application du décret 2016-1157 du 24 août 2016 de la Loi sport-santé, le présent certificat est valable 3 ans, sauf maladie intercurrente ou accident, et sous réserve du renseignement entre chaque renouvellement triennal, d'un Questionnaire de santé disponible sur le site du Ministre chargé des sports et sur www.monstade.fr.