

Certificat de prescription d'activité physique

**Sport Santé
sur
ordonnance**

Je prescris une activité physique régulière et modérée.

Je soussigné(e).....
Docteur en médecine exerçant à
Certifie avoir examiné ce jour M., Mme,.....
Né(e) le.....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre indiquant la pratique d'activité physique modérée et régulière dans le cadre du dispositif « SPORT SANTE sur ordonnance » de la Ville de Val de Reuil.

Autres précautions et préconisations

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

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

Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour

Cachet du médecin

Fait à

Le.....
Signature du médecin