



Certificat Médical

Préalable à la pratique de l'Activité Physique

Je soussigné(e), Docteur certifie avoir examiné

M/ Mme né(e) le

et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique de l'activité physique non compétitive dans le cadre de la prescription médicale ci-dessous.



Prescription d'Activité Physique

	ACTIVITÉS EN AÉROBIE	RENFORCEMENT MUSCULAIRE	ÉTIREMENTS ÉQUILIBRE
FRÉQUENCE (nb de jours par semaine)			
INTENSITÉ (douce, modérée, élevée)			
DURÉE en minutes			
ACTIVITÉS préconisées			

OPTION : précisions sur le niveau d'intensité cible du patient

- Une **intensité douce** équivaut à une fréquence cardiaque < battements / minute
- Une **intensité modérée** équivaut à une fréquence cardiaque comprise entre et battements / minute
- Une **intensité élevée** équivaut à une fréquence cardiaque > battements / minute (mais limitée à max)

Les encadrants sportifs intervenant dans le cadre du protocole effORMip ont obligatoirement suivi la formation effORMip.
Ils peuvent être : éducateurs sportifs • enseignants en activités physiques adaptées • titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un CQP inscrit sur l'arrêté ministériel • titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté ministériel.

RESTRICTIONS D'ACTIVITÉS

DATE, TAMPON ET SIGNATURE