



Je soussigné(e), Docteur

exerçant à l'adresse :

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

Certifie avoir examiné ce jour, M. / Mme.

Né(e) le :

Et certifie avoir constaté, ce jour, l'absence de signe décelable contre-indiquant la pratique :

- Activité Physique
- Activité Physique Adaptée¹

Restrictions ou remarques éventuelles :

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

Certificat remis en main propre à la demande de l'intéressé.

Fait à

Le

Signature + Cachet

¹ L'Activité Physique Adaptée (APA) concerne la prise en charge et l'accompagnement des publics ayant des besoins spécifiques au moyen de toute activité physique ou sportive. Elle s'appuie sur le diagnostic, la conception, la mise en œuvre, l'évaluation et le suivi d'un programme de santé et d'intégration des personnes [...] – « Recommandation pour le développement de l'Activité Physique Adaptée (APA) », 2^{ème} édition Août 2012, Délégation Actions Pour les Malades