

POLE MEDICO SPORTIF "DR JOSE DORCY"

Certificat Médical 2026/2027

De non contre-indication et d'aptitude à la pratique d'une activité physique et/ou sportive adaptée, régulière, sécurisante et progressive.

Je soussigné(e)

Docteur en médecine exerçant à

Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme

Né(e) le..... à

Évaluation de l'aptitude à la pratique d'activités physiques au sein du PMS

1. État général

☐ Apte à la pratique d'activités physiques adaptées sans restriction particulière

☐ Apte à la pratique d'activités physiques adaptées avec restrictions (à préciser) :

.....

☐ Inapte temporairement (durée : _____)

☐ Inapte définitivement

2. Orientation recommandée (cocher la ou les options adaptées)

☐ Programme « Spécifique »

(2 séances par semaine, adaptée aux personnes ne pouvant suivre une séance classique)

☐ Programme « Bien-Être »

(activités physiques adaptées, accès libre aux séances encadrées par les éducateurs du PMS)

☐ Activités aquatiques (Aquagym / Aquabiking / Aqua fitness)

(possibilité de pratiquer en complément ou indépendamment du programme "Bien-Être")

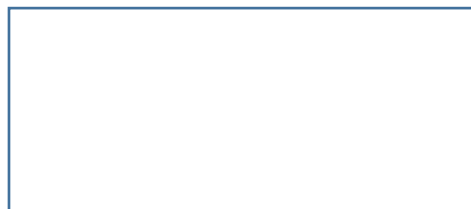
3. Recommandations particulières du médecin

.....

.....

Ce certificat médical permet au Pôle Médico-Sportif d'orienter l'adhérent vers le programme le mieux adapté, en cohérence avec son état de santé et ses capacités.

CACHET DU MEDECIN (Obligatoire)



Fait à Le

Signature du médecin :

FICHE DE PRESCRIPTION

INFORMATIONS D'ENTRÉE DANS LE DISPOSITIF

• **Le patient entre dans le cadre de la prescription d'Activité Physique Adaptée et présente le niveau de risque cardiovasculaire suivant :**

- Faible
- Modéré
- Élevé
- Très élevé

• **Au vu des éléments de la consultation initiale, le patient ne présente pas de limitation fonctionnelle sévère :**

- Je laisse le soin aux professionnels de l'APA d'évaluer la fonction locomotrice.

La fonction locomotrice a été évaluée. Le patient présente un profil de limitation fonctionnelle :

- Aucune
- Minime
- Modérée

• **Je prescris une activité physique adaptée pour une durée de (3 à 6 mois renouvelable):**

Intensité (5)	Fréquence	Durée du créneau d'activité
+ Légère : < à 3 Mets	+ 1 fois/ semaine	+ Moins de 45 minutes
+ Modérée : ≥ à 3 Mets < à 6 Mets	+ 2 à 3 fois/ semaine	+ De 45 minutes à 1h15
+ Élevée : > à 6 Mets	+ Plus de 3 fois/ semaine	+ Plus de 1h15

• **Niveau d'intervention préconisé :**