** Certificat médical :**

Je soussigné Dr certifie que Mme/M. ne présente aucune contre indication médicale à la pratique du MULTISPORT, santé, loisirs et/ou compétition.

FC au repos : Tension Artérielle au repos : /

Si le patient est atteint d’une pathologie cardio-pulmonaire :

FC cible pendant l’effort : FCmax à ne pas dépasser pendant l’effort :

L’intensité de la pratique doit :

* rester faible
* aller progressivement de faible à modérée
* aller progressivement de faible à intense

Cette personne présente-t-elle une (des) pathologie(s) chronique(s) ou handicapante(s), si oui quelle(s) est (sont)-elle(s) ?

Cette personne présente-t-elle un handicap et présente-t-il des risques particuliers pendant la pratique sportive ?

Quelle(s) pratique(s) sportive(s) est (sont) vivement déconseillée(s) pour cette personne ?

Fait le  / /

A

Signature :