



Certificat d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique adaptée.

Je soussigné(e), Dr _____,
certifie avoir examiné

Mme/Mr _____ et ne pas avoir constaté
à ce jour de contre-indication à la pratique d'activité physique adaptée animée par
un enseignant APA.

Je prescris donc une activité physique régulière et adaptée à l'état clinique du
patient.

Remarques ou préconisations éventuelles:

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

Réalisé le: / /

Signature et Cachet

Maison Sport-Santé Nivadour

Adresse: 1 Rue Harry Owen Roë, 64100 Bayonne

Téléphone: 05 59 31 63 06

Mail: sportsanteab@gmail.com