Je soussigné(e) .....

docteur en médecine exerçant à .....

certifie avoir examiné ce jour M., Mme .....

né(e) le .....

et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du Handfit.

RECOMMANDATIONS MÉDICALES

à l'attention du coach ou animateur Handfit *(champs obligatoires si besoin)* :

CAPACITÉS CARDIOVASCULAIRES À L'EFFORT LIMITÉES EN :

❒ endurance ❒ résistance ❒ vitesse

MOUVEMENTS LIMITÉS EN :

❒ amplitude ❒ charges ❒ sauts

ARTICULATIONS À MOBILITÉ RÉDUITE :

.....

.....

ÉVITER :

❒ travail statique ❒ travail d'équilibre

AUTRES RECOMMANDATIONS SIGNALÉES À LA DEMANDE DE L'INTÉRESSÉ-E :

.....

.....

.....

.....

.....

Certificat établi à la demande expresse de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit. Validité pour une année à compter de ce jour.

Fait à ..... le .....

Cachet du médecin (obligatoire) *Signature du médecin*

2

CERTIFICAT MÉDICAL HANDFIT