

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE INTENSIVE  
et VARIEE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES 2017.2018**

**EXAMEN GENERAL**

Je soussigné, **Docteur**: \_\_\_\_\_

demeurant : ..... **Certifie**

**avoir examiné à la date de ce jour :**

Melle, Monsieur (écrire les nom et prénom **LISIBLEMENT**).....

âgée) de : ..... poids : ..... taille : .....

***Vaccinations :***

- *Notez la date de la dernière vaccination du DT POLIO :*

**Que cette personne n'est atteinte ni de maladie contagieuse, ni de maladie mentale cliniquement décelables à ce jour :**

- *elle ne présente pas de gêne fonctionnel incompatible avec la pratique sportive*
- *ses réactions cardio-vasculaires à l'effort sont normales d'effort est laissée au libre choix du Médecin, mais comptant au minimum un test de Ruffier-Dickson)*
- *la recherche de l'albumine dans ses urines est négative*
- *elle est apte aux exercices physiques et sportifs **INTENSES** et **VARIES***  
*- - s activités nautiques.*

**OBSERVATIONS EVENTUELLES :**

Toutes pathologies organiques connues et compatibles avec les études en STAPS doivent être précisées (allergies, asthme) :

\_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 2017

**SIGNATURE ET CACHET**