

**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 (l'épreuve 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** ainsi qu'à toutes 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