



Enseignante en activités physiques adaptées et
Diététicienne-nutritionniste
A domicile
Téléphone : 07 68 69 45 04
monequilibresante@hotmail.com

Prescription médicale

Médecin :

Nom :

Ville :

Téléphone :

Mail (pour faire parvenir les retours) :

Certifie avoir examiné et autorise :

Sportif :

Nom/ Prénom :

Âge :

Sexe : F M

Poids :

Taille :

A la pratique de : (cochez)

Marche nordique

Renforcement musculaire

Parcours moteurs*

*(travail la prévention de chute, l'endurance l'équilibre)

Antécédents :

.....
.....
.....

Remarques :

.....

(un test à l'effort sera demandé pour les maladies cardiovasculaires)

Date :

Signature et tampon du médecin :