

CERTIFICAT¹

Je soussigné Docteur (prénom + NOM) : _____

Certifie avoir examiné ce jour :

Madame/Monsieur (prénom + NOM) : _____

Né(e) le : ____/____/____

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication médicale apparente :

- A la pratique du sport en salle d'entraînement ;
- A la réalisation d'un « Test de Puissance ou Vitesse Maximales Aérobie (PMA ou VMA) » : test non-médical réalisé à sa fréquence cardiaque maximale, par un préparateur physique, Enseignant en Activité Physique Adaptée à la Santé (E-APAS) et diplômé en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), dans un objectif de programmation de son entraînement.

→ Si case non cochée, merci de préciser les limitations :

→ et/ou envisager une épreuve d'effort auprès de votre correspondant cardiologue.

Préciser

Fait à

Date

Signature

Cachet professionnel

Le présent certificat est remis en main propre à l'intéressé, qui a été informé des risques encourus notamment en cas de fausse déclaration.

*En application du décret 2016-1157 du 24 août 2016 de la Loi sport-santé, **le présent certificat est valable 3 ans**, sauf maladie intercurrente ou accident, et sous réserve du renseignement entre chaque renouvellement triennal, d'un questionnaire de santé disponible sur le site du Ministère des Sports et sur www.monstade.fr.*

¹ Rédigé par le Dr Philippe Sosner, Cardiologue, Directeur médical et scientifique du Centre médico-sportif **mon stade** (www.monstade.fr)