* + 1. **CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION à la PRATIQUE de l’ESCALADE LOISIRS dans le cadre du dispositif SPORT SANTE**

Je soussigné (e), ………………..…………..………………., Docteur en médecine

Certifie, après l’avoir examiné(e), que

Prénom :……………………………...……Nom:…………………………....

Né (e) le : ………/………/………………..

ne présente pas de contre-indication à la pratique de l’escalade de loisirs.

Précautions éventuelles à prendre en compte :

* Fragilité articulaire préciser l’articulation, les limitations: ……………………
* Colonne vertébrale : …………………
* Mouvements à éviter : ………………...
* Troubles de la vue, de l’audition, de l’équilibre à prendre en compte : ………………………….
* Fréquence cardiaque à ne pas dépasser : 150/mn ……- Autre……………….
* Autres : …………………..

Certificat médical délivré à la demande de l’intéressé(e) et remis en main propre.

Date  :………………………………………….Signature :……………

 Cachet Médical (ou numéro RPPS lisible)

*(1) si besoin se référer aux recommandations disponibles sur le site de la FFME (dans l’onglet votre santé, aux rubriques sport santé et certificat médical)*

[*http://www.ffme.fr/uploads/medical/documents/sports-sante/certificat-medical.pdf*](http://www.ffme.fr/uploads/medical/documents/sports-sante/certificat-medical.pdf)

*http://www.ffme.fr/uploads/medical/documents/sports-sante/questionnaire-certificat-medical.pdf*

* + 1. **COMPLEMENT à la PRESCRIPTION Sport Santé et au CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION à la PRATIQUE de l’ESCALADE LOISIRS dans le cadre du dispositif SPORT SANTE**

Je soussigné (e) Dr :………………………………………………………………………….

recommande, après l’avoir examiné(e), à

Prénom :……………………………...……Nom:…………………………....

Né (e) le : ………/………/…………………………………………….

la pratique régulière d’activités physiques de loisirs, dans le cadre d’une prescription SPORT SANTE, pour une durée minimale de trois mois

**Rythme conseillé (à titre indicatif)**

* **Nombre de séances par semaine : 1 ou 2 3 ou +**
* **Durée des séances : 30 à 60 mn – 60 à 90 mn – deux heures ou +**

**Objectifs recherchés (à titre indicatif) :**

* renforcement musculaire global
* groupe musculaire à privilégier

- membres supérieurs

- abdos – fessiers

- membres inférieurs

* souplesse articulaire

- globale

- groupe articulaire spécifique (préciser): ……………………

* Travail de l’Équilibre
* autres : (préciser) : …………………………….

Date  :………………………………………….Signature :……………

 Cachet Médical (ou numéro RPPS lisible)