

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE INTENSIVE
et VARIEE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES 2022.2023**

EXAMEN GENERAL

Je soussigné, **Docteur**: _____

Demeurant :

Certifie avoir examiné à la date de ce jour :

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

Âgé(e) 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 fonctionnelle 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 _____ 2022

**SIGNATURE
ET CACHET**