



Certificat médical de prescription d'activité physique pour le cycle sport santé pré et post-natal

Je soussigné(e)

Médecin spécialiste en médecine générale, gynécologie médicale ou obstétricale

Certifie avoir examiné ce jour Mme

Née le.....

Date d'accouchement (prévue ou effective).....

Et n'avoit pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre indiquant la pratique d'activité physique régulière et d'intensité modérée dans le cadre du cycle « **SPORT SANTSUR ordonnance pré et post natal** » de la **Maison sport santé de Strasbourg**.

Je reconnais que ma patiente répond aux critères d'inclusion (2^o ou 3^o trimestre de grossesse ou post accouchement).

Je prescris de l'activité physique régulière et d'intensité modérée.

Précisez les recommandations médicales à l'attention des éducateurs sportifs

FACULTATIF - Recommandations concernant la pratique d'activités physiques (type d'activité, intensité, fréquence, volume, etc.) :

.....
.....

FACULTATIF – Précautions et préconisations éventuelles à respecter (intensité, mobilisations ou exercices à éviter, etc.) :

.....
.....

Certificat établi à la demande de l'intéressée et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

<p style="text-align: center;">Cachet du médecin</p> <p>Adresse mail</p> <p>N° ADELI :</p> <p>N° RPPS :</p>

Fait à Strasbourg, le

Signature du médecin

Contact pour la prise de rendez-vous :

03 68 98 61 92 – maisonsportsante-sportsantesurordonnance@strasbourg.eu

Maison Sport Santé de Strasbourg – 38 Route de l'Hôpital – 67076 Strasbourg Cedex

TRAM D ou E arrêt Etoile Polygone – TRAM A ou E arrêt Schluthfeld

