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'avoir 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 SANTE sur ordonnance pré et post natal» de la Maison sport santé de Strasbourg.**

Je reconnais que ma patiente répond aux critères d'inclusion (2°ou 3°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.

Cachet du médecin

Adresse mail …….
N° ADELI :
N° RPPS :

Fait à Strasbourg, le ……

Signature du médecin

Contact pour la prise de rendez-vous :
03 68 98 61 92 – contact@maisonsportsantestrasbourg.fr
Maison Sport Santé de Strasbourg – 10A bd de la Victoire – 67000 Strasbourg
TRAM C, E ou F arrêt Gallia