

Le

Je soussigné Dr.....

certifie que l'état de santé de M. / M^{me}.....

est compatible avec une Activité Physique Adaptée (APA),

dans le cadre de son traitement pour

ALD et/ou Hypertension et/ou obésité (*ne pas préciser*)

et prescrit des séances de sport s'inscrivant dans la convention SPORT SANTE 92.

Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte :

Signature et tampon