

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour ___/___/___ Mr/Mme : _____

Né(e) le : ___/___/___ Demeurant à : _____

Je certifie n'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique de la musculation

Je certifie n'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique de l'électrostimulation :
(liste indicative et non-exhaustive)

- Présence d'un pace-maker
- Cardiopathies
- Epilepsies
- Femmes enceintes ou venant d'accoucher
- Personnes souffrant de phlébites, d'états fébriles, de thromboplébites
- Infections
- Hernies inguinales ou abdominale
- Troubles artériels importants
- Opérations récentes
- Intolérances cutanées, irritations de la peau
- Hyperréflexie autonome

Informations complémentaires :

- Pathologie : _____
 - Atteintes : _____
 - Précision : _____
- Pression artérielle : _____
- Pouls au repos : _____
- Autres informations utiles : _____

Fait à _____, le ___/___/___

SIGNATURE DU MÉDECIN :

CACHET DU MÉDECIN :