

**CERTIFICAT MEDICAL**  
DE NON CONTRE INDICATION à la Pratique du BASKET SANTE  
(Hors Compétition)

Je soussigné(e) Docteur en Médecine: .....  
Certifie avoir examiné ce jour: .....  
Né(e) le: .....  
Et n'avoir pas constaté de signes cliniques contre-indiquant la Pratique du Basket Santé: (Rayer les mentions inutiles)

- **Basket Confort** —> **Niveau 1** (Prévention Tertiaire)
- **Basket Résolutions** —> **Niveau 2** (Prévention secondaire et Pathologies non invalidantes)
- **Basket Résolutions** —> **Niveau 3** (Prévention Primaire) Tous publics

**RECOMMANDATIONS MEDICALES**

A Destination de l'animateur « Basket Santé »

Précautions à prendre concernant (entourer les mentions utiles et préciser le cas échéant):

**L'appareil locomoteur:**

- Colonne vertébrale: .....
- Membres supérieurs: .....
- Membres inférieurs: .....
- Mouvements à éviter: .....

**L'appareil cardio-vasculaire:**

- Fréquence cardiaque/mn maximale à ne pas dépasser: .....
- Signes cliniques imposant l'arrêt de l'activité: .....
- .....
- .....

**Autres précautions et/ou préconisations:** (liées aux TTT en cours, diabète et risque d'hypoglycémie, etc....) .....

- .....
- .....
- .....
- Mouvements à éviter: .....
- .....

Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé et remis en main propre.

Fait à .....

Le .....

Signature du médecin:

Cachet du médecin:

