

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ET SANTÉ

Téléphone : 02.43.28.84.03      Mail : secreteriat@samourai2000.com

### IDENTITÉ

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Né(e) :         à  
          J J M M A A A A

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postale :      Ville : \_\_\_\_\_

Taille\* : \_\_\_\_\_ Poids\* : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

\*informations non obligatoires

### CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Dr \_\_\_\_\_ certifie que l'adhérent(e), identifié(e) ci-dessus, est apte à pratiquer une Activité Physique Adaptée et Santé (APAS) dispensée par un Enseignant en APAS. Celui-ci pourra établir un bilan complet de la condition physique de l'adhérent(e) dans le respect de ses compétences afin d'assurer un suivi.

#### L'adhérent(e) présente (cochez les cases correspondantes) :

- L' ou les ALD (Affection de Longue Durée) suivantes :  
(Sport sur ordonnance relatif au décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016)
- Les pathologies et/ou les maladies suivantes :
- Les contre-indications suivantes :
- Les objectifs suivants :
- Réentraînement à l'effort
  - Renforcement musculaire adapté
    - GLOBAL
    - MS (membre supérieurs)
    - MI (membre inférieurs)
    - TRONC
  - Équilibre (statique/dynamique)
  - Coordination
  - Souplesse
  - Autres :

\_\_\_\_\_

Date de l'examen

\_\_\_\_\_

Signature et cachet