



# Programme d'Activité physique Adaptée (APA)

**Certificat d'absence de contre-indication à la pratique d'APA ou sport**

Je soussigné(e), Dr \_\_\_\_\_,

certifie avoir examiné Me/Mr \_\_\_\_\_

et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indication :

- à la pratique d'activité physique adaptée  animée par un enseignant APA  
ou un kinésithérapeute,  et/ou autonome
- à la pratique d'une activité sportive

Sports conseillés :

Date :

Signature