

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION À L'ATELIER INAWA*

D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

Date :

Je certifie Dr _____ avoir examiné ce jour Mr / Mme _____ qui ne présente aucune contre-indication au suivi de l'atelier INAWA, animé par un enseignant en activités physiques adaptées.

Signature :

INFORMATIONS IMPORTANTES A RENSEIGNER, svp, merci :

Nom :

Prénom :

Âge :

Taille :

Poids :

Mode de vie :

Antécédents médicaux / chirurgicaux :

Déficits musculo-articulaires notables :

Déficits d'équilibre : si oui, qu'elle origine : vision / audition / vestibule / cervelet / vasculaire ?

Prises médicamenteuses susceptibles d'interférer avec l'activité physique :

Votre patient souhaite-t-il que l'on vous transmette son bilan final ? OUI NON

Si oui, votre adresse mail :

- Pour tout renseignement www.atelier-inawa.fr