

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION

LA LIGUE CONTRE LE CANCER DES CÔTES D'ARMOR

1, Rue Alain COLAS - 22950 TRÉGUEUX

02.96.94.78.14

cd22@ligue-cancer.net

Je soussigné(e), Dr

Atteste que Madame/Monsieur (Prénom / Nom) :

.....

Né(e) le : / /

Ne présente pas de contre-indication et peut participer aux activités suivantes :

- ☐ séances d'activité physique adaptée (APA) ;
- ☐ séances de réflexologie.

Le cas échéant, recommandations ou adaptations à prévoir en fonction de l'état de santé du patient :

.....
.....

Le présent certificat est délivré à la demande de l'intéressé(e) pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à :

Le : / /

Cachet et signature du médecin