

Le

Je soussigné Dr

certifie que l'état de santé de M. / M^{me}

est compatible avec une Activité Physique Adaptée (APA), dans le cadre de son traitement pour :

ALD et/ou hypertension et/ou obésité (*ne pas préciser*)

et prescrit des séances de sport s'inscrivant dans la convention SPORT SANTE 92.

Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte :

Signature et tampon