



MON ÉQUILIBRE SANTÉ

Garnier Pauline

Enseignante en activités physiques adaptées et  
Diététicienne-nutritionniste  
A domicile  
Téléphone : 07 68 69 45 04  
monequilibresante@hotmail.com

### Prescription médicale

#### Médecin :

Nom :

Ville :

Téléphone :

Mail (pour faire parvenir les retours) :

Certifie avoir examiné et autorisé :

#### Sportif :

Nom/ Prénom :

Âge :

Sexe : F  M

Poids :

Taille :

A la pratique de : (cochez)

Marche nordique

Renforcement musculaire

Parcours moteurs\*

\*( travail la prévention de chute, l'endurance l'équilibre )

Antécédents :

.....  
.....  
.....

Remarques :

.....

(un test à l'effort sera demandé pour les maladies cardiovasculaires)

**Signature et tampon du médecin :**

Date :