



**Ligue bernoise et haut-valaisanne  
contre le rhumatisme**  
Notre action – votre mobilité

CERTIFICAT MEDICAL

**Données personnelles**

Nom, Prénom .....

Adresse .....

Date de naissance .....

Numéro de téléphone .....

Courriel .....

**Diagnostic-s**

- ( ) Ostéoporose, fractures induites par l'ostéoporose Oui / Non
- ( ) Rhumatisme inflammatoire
- ( ) Arthrose-s des articulations périphériques
- ( ) Maladie de la colone vertébrale
- ( ) Rhumatisme des parties molles
- ( ) Fibromyalgie

En raison de mon diagnostic, je préconise

- ( ) Thérapie pour améliorer la mobilité dans l'eau chaude
- ( ) Gymnastique dans une salle de gymnastique

*Veuillez s'il vous plaît cocher ce qui correspond !*

**!!!Informations importantes pour les thérapeutes !!!**

**Autres facteurs de risque (problèmes cardiaques, troubles neurologiques, Allergies, problèmes de peau, diabète etc.),qui ont une incidence sur la fréquentation du cours ?**

.....  
.....

- Sait nager Schwimmer
- Ne sait Pas nager

Tampon et signature du médecin

Lieu/Date:

\_\_\_\_\_

J'approuve la demande du certificat médical.

Lieu et Date : Signature du patient

