



**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 colonne 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

