

CERTIFICAT MÉDICAL - Projet bien être et poids

L'objet de ce certificat est de pouvoir prendre toutes les précautions nécessaires à la pratique des activités sportives et physiques que vous allez commencer dans le cadre du projet. Il permettra aussi d'adapter celles-ci à vos capacités et à vos besoins.

L'activité vise à (re)donner le plaisir de bouger, de la souplesse, de la force musculaire et de l'endurance. Nous vous proposons de répondre vous-mêmes aux questions **et de faire valider et signer le document par votre médecin traitant, en lui demandant d'apporter les précisions nécessaires, si votre état de santé le nécessite**. Ce document sera remis au médecin qui accompagne le projet. Celui-ci transmettra les informations utiles au prestataire de l'activité, sauf désaccord écrit de votre part.

Nom : Prénom : Date de naissance :
N° de GSM : Adresse mail :
Activité que vous allez suivre : BMI :

Suivez-vous un traitement pour les maladies suivantes ?

Diabète ? Si oui :

- Faites-vous des hypoglycémies ?

.....

Problèmes cardiaques ? Si oui :

- Faites-vous des malaises ou perte de connaissances (syncope) ?

.....

- Présentez-vous des douleurs dans la poitrine à l'effort ? de l'angine de poitrine ?

.....

- Présentez-vous des sensations de palpitation avec malaise ?

.....

Problèmes neurologiques ? Si oui :

- Faites-vous des crises d'épilepsie ou des convulsions ?

.....

- Avez-vous eu un accident vasculaire (cérébral ou autre), une attaque, une thrombose ?

.....

Problème articulaire, osseux ou musculaire ? Si oui :

- Y-a-t-il une articulation ou le dos qui vous fait souffrir ? Quel est le diagnostic posé ?

.....

- Faut-il en tenir compte ?

.....

- **Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces questions, veuillez demander à votre médecin d'apporter les précisions nécessaires.**
- **Si en cours d'année votre état de santé se modifie, veuillez nous transmettre ce formulaire mis à jour.**

Informations et précautions à transmettre kinésithérapeute du projet pour assurer une prise en charge adéquate :

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

À remplir par le médecin :

La personne sus nommée rentre dans toutes les conditions du projet :

- BMI >30 au >27 avec 2 pathologies liées à l'obésité,
- Motivation claire : désir de changement, prêt à s'investir dans son projet, confiance dans sa réussite,
- Disponible aux horaires prévus,
- Absence de contreindication psychologique (voir document annexe),
- Accepte la prise en charge en groupe,
- Le patient est conscient que l'objectif premier est le bien être,
- Le score EOSS (voir document consultation type pour vous y aider) : .

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

MÉDECIN TRAITANT	Signature du participant :
Nom : Date : Signature et cachet :	