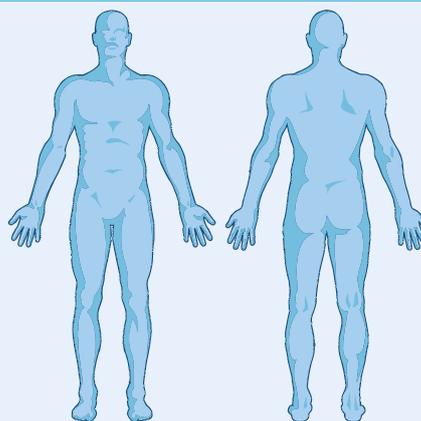


Dispense médicale d'éducation physique à l'école

Nom _____ Dispense complète d'éducation physique à l'école
Prénom _____ Dispense partielle d'éducation physique à l'école
D. de naissance _____ Dispense du _____ au _____
Adresse _____ La visite de contrôle est prévue pour le _____
N° de tél. _____

**Les parties du corps suivantes
NE DOIVENT PAS être sollicitées:**



Pour les sports / activités suivants, il est à noter que:

EST/SONT AUTORISÉ(S)

les jeux d'équipe / les sports de contact
la gymnastique aux agrès / la gymnastique au sol
des activités sollicitant les articulations / les sauts
les exercices physiques d'endurance, l'entraînement cardiovasculaire
l'entraînement de musculation
les activités dans l'eau / la natation

Exp. aux allergènes/au fact. d'irritation

L'élève peut pratiquer les activités et mouvements indiqués dans la liste des exercices d'activdispens.ch

Membres supérieurs Membres inférieurs Tronc et membres supérieurs Tronc et membres inférieurs

Autres conseils et recommandations:

Prière de (re)consulter

le médecin le physiothérapeute

Nom de l'école:

Date:

Professeur de sport:

Tampon et signature du médecin: