



Financé par la Conférence des financeurs de
la prévention de la perte d'autonomie des
personnes âgées

Méounes les Montrieux, le 30/07/2019

Courrier à destination du Médecin traitant.

Madame, Monsieur,

Votre patient souhaite s'inscrire à un programme d'activité physique « **PARCOURS SPORT SANTE SENIORS** ». Réparti en 6 séances d'1h30, ce programme, destiné aux personnes de plus de 55 ans, a pour objectifs de maintenir et développer l'autonomie par la pratique d'une activité physique mais également de contribuer au bien-être, à l'estime de soi ainsi qu'au développement du lien social.

Des tests de condition physique seront réalisés lors de la première et de la dernière séance pour mesurer la progression des participants. Nous évaluerons également l'impact psychologique et affectif grâce à un questionnaire.

Avant de valider définitivement l'inscription de votre patient à ce programme, le médecin traitant doit produire, après examen, un certificat de non contre-indication à la pratique de la Marche Nordique (modèle joint à ce courrier).

Les personnes ayant des pathologies dites « lourdes » avec des troubles cognitifs et comportementaux sérieux, ainsi que toute pathologie entraînant une perte d'autonomie grave, ne peuvent effectuer ce type de pratiques physiques.

Je vous précise enfin, que lors de ces sorties, l'ensemble des participants, qui sont au nombre de 10 à 15 maximum, est pris en charge par un animateur formé et qualifié.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de notre considération.

L'Association Nature Sport Environnement





**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DE LA MARCHÉ NORDIQUE**

Date : le ____ / ____ / ____ à _____

Je soussigné(e) Docteur _____ certifie que

Nom : _____ Prénom : _____

âgé(e) de : _____ ans ne présente aucune contre-indication, cliniquement décelable, à

la pratique de la Marche Nordique organisée par l'Association Nature Sport Environnement

dans le cadre du programme « **PARCOURS SPORT SANTE SENIORS** » (en rapport avec les

antécédents et les maladies actuelles).

Signature et Cachet du Médecin traitant

Ce certificat est délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.