



PRESCRIPTION D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e), Dr/Pr. _____,

Vous adresse Monsieur / Madame _____,
né(e) le ___ / ___ / ___,
afin qu'il / qu'elle intègre les programmes d'activité physique et sportive du Comité Haute-Garonne de la CAMI Sport & Cancer.

Dans ce cadre, je certifie que Monsieur / Madame _____,
ne présente aucune contre-indication absolue à la pratique d'une activité physique et sportive encadrée par un Praticien en Thérapie Sportive de la CAMI Sport & Cancer.

Fait à Toulouse,

Le ___ / ___ / 20___

Signature et/ou cachet du médecin :