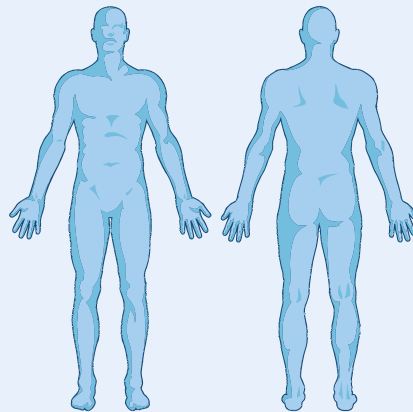


# Dispense médicale d'éducation physique à l'école

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: