



CENTRE MULTIDISCIPLINAIRE DE RECONDITIONNEMENT PHYSIQUE ADAPTÉ

CERTIFICAT MÉDICAL AUTORISANT LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Le centre Neuro-Concept est un centre adapté de reconditionnement physique pour les personnes atteintes d'affections du système nerveux et locomoteur. Neuro-Concept est constitué d'une équipe de thérapeutes expérimentés et membres de leur association/ordre professionnel et s'est doté de **matériels performants** et adaptés combinant réadaptation et reconditionnement physique. Les programmes proposés sont notamment des programmes d'entraînement des membres inférieurs et supérieurs avec et sans aide d'assistance robotique, l'entraînement fonctionnel, cardio-respiratoire et musculaire.

Toutes les machines utilisées sont adaptées à la clientèle à mobilité réduite ou avec risque de chute. Les infrastructures, telles que les salles de bain sont entièrement équipées et adaptées, les thérapeutes sont présents en permanence sur les lieux.

Les participants sont complètement évalués par un physiothérapeute expérimenté en neuro-réadaptation et membre de l'OPPO, suivis et supervisés par une équipe multidisciplinaire dont les membres détiennent une formation de haut niveau universitaire et sont tous accrédités.

La personne vous présentant ce formulaire a fait une demande d'inscription auprès de Neuro-Concept pour pratiquer des activités physiques et un programme d'entraînement adapté. Aussi pour répondre le plus adéquatement possible à son besoin, nous vous demandons de bien vouloir répondre au questionnaire suivant.

Veillez noter que ce certificat ne suffit pas à lui seule pour votre admission, Neuro-Concept possède des critères d'admission et n'est pas tenu d'admettre une personne qui ne satisfait pas à ces critères.

Merci de votre collaboration

Date : _____

Prénom et Nom du participant : _____

Date de naissance : _____

Adresse du participant: _____

Date du dernier examen par un médecin/physiatre : _____

Diagnostique : _____

S'il vous plaît cochez les cases approuvées et remplir au besoin :

le patient est autorisé à participer à un programme complet intensif de reconditionnement physique/réadaptation impliquant la force musculaire, la souplesse, les capacités cardio-respiratoires et l'entraînement locomoteur (robotique et manuel)

le patient est autorisé à participer à un programme complet intensif de reconditionnement physique/réadaptation avec certaines restrictions :

S'il vous plaît, merci de préciser toutes les conditions médicales secondaires pouvant affecter sa participation à un programme complet intensif de reconditionnement physique/réadaptation :

S'il vous plaît, préciser toute médication :

Nom du physiatre/médecin : _____

Date : _____

Merci d'écrire la phrase suivante avant votre signature : « J'atteste avoir fait une évaluation médicale complète sur (nom du participant) avant de remplir ce formulaire »

Signature du médecin/physiatre : _____