

**NOM :**

**PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE**

**ADRESSE :**

**COMPLEMENT :**

**CODE POSTAL**

**VILLE**

**Tél :**

**Email :**

**AVEC CERTIFICAT MEDICAL**

- Affections aiguës, infections bactériennes ou processus inflammatoires
- Lésions cutanées, ouvertures, eczéma
- coups de soleil, brûlures ( ne pas d'électrodes dessus)
- Incompatibilités cutanées
- Opérations récentes (6/8 semaines)
- Artériosclérose à un stade avancé, problèmes de circulation artérielle
- Hypertension non traitée
- Arythmies
- Hémophilie
- Formes sévères de diabète sucré
- Arthrite aiguës
- Dystrophie musculaire progressive
- Hernies de la paroi abdominale ou de l'aîne non traitée
- Problèmes de dos aigus sans diagnostic
- Névralgie aiguë, hernie discale aiguë
- Lymphœdèmes
- Affections des organes internes

**INTERDICTION TOTALE D'ENTRAINEMENT**

- Implants électriques
- Grossesse
- Affections neuronales et épilepsie
- Sclérose en plaques
- Sclérose latérale amyotrophique
- Paraplégie spastique familiale
- Parkinson
- Spasticité
- Épilepsie
- Stents ou pontages effectués depuis moins de 6 mois
- Thrombose, thrombophlébite
- Tumeurs ou cancer

**Le**

**A :**

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**

**Votre signature indique que vous avez lu et compris les informations ci-dessus**