

ATTESTATION MÉDICALE POUR LA PRATIQUE DU PILATES PRÉNATAL

Cours donnés par : Kelly Veskens

Adresse professionnelle : Rue du Centre 27, 4651 Battice

Tél / Email : 0496/103432 bidoupilates@gmail.com

N° d'entreprise (BCE) : 1022.489.173

Rappel concernant l'activité

Le Pilates prénatal et postnatal est une activité douce, axée sur la respiration, le renforcement du plancher pelvien, le maintien postural et la mobilité articulaire. Les séances sont spécifiquement adaptées aux différentes étapes de la grossesse (ou après grossesse) et excluent toute posture risquée ou effort intense. L'objectif est de favoriser le bien-être corporel sans compromettre la sécurité de la maman ou du bébé.

Informations sur la participante

- Nom : _____
 - Date de naissance : ____ / ____ / ____
 - Date présumée d'accouchement : ____ / ____ / ____
 - Nom du médecin ou sage-femme référent(e) :

-

Contre-indications pour la pratique du Pilates prénatal

Merci de cocher les cases correspondant à la situation médicale de la patiente :

- Troubles cardiaques ou pulmonaires
- Diabète (préexistant ou gestationnel)
- Hypertension artérielle
- Accouchement(s) prématuré(s) antérieur(s)
- Troubles ou maladies des muscles ou des os

- Antécédents de fausses couches
 - Crampes ou saignements durant la grossesse actuelle
 - **Autres complications ou points d'attention :**
-
-

Avis médical ou de la sage-femme

La patiente est-elle apte à pratiquer le Pilates adapté à la grossesse ?

Oui, sans contre-indication actuelle

Oui, sous réserve de : _____

Non, la pratique du Pilates n'est pas autorisée pour le moment

Commentaires éventuels :

Informations d'urgence

- Nom d'une personne à contacter en cas d'urgence :

- Téléphone :

Consentement éclairé de la participante

Je soussignée, _____, confirme avoir pris connaissance de la nature du Pilates prénatal, des éventuelles contre-indications liées à ma grossesse, et du fait qu'un avis médical est requis pour y participer. J'ai obtenu l'accord de mon médecin ou de ma sage-femme, et je m'engage à informer ma professeure de toute évolution de ma condition. Je déclare participer aux séances de Pilates prénatal en toute conscience, sous ma propre responsabilité.

Fréquence de remise

Ce document doit être rempli après chaque consultation de suivi de grossesse ou au minimum toutes les 4 à 6 semaines, et remis avant la reprise ou la poursuite des cours de Pilates.

Signatures

Nom du professionnel de santé : _____

Fonction :

Cachet professionnel :

Signature : _____ Date : ___ / ___ / ___

Signature de la participante : _____ Date : ___ / ___ / ___

Version : août 2025