

Prescription & non contre-indication

à la pratique d'une activité physique adaptée (APA)

Je soussigné(e) Docteur

Exerçant à

Certifie avoir examiné ce jour :

NOM..... Prénom

Date de naissance :/...../..... Sexe

Je prescris une activité physique¹ et/ou sportive régulière, adaptée, progressive et sécurisante.

Je constate l'absence de signes cliniques décelables contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée à sa pathologie

Niveau d'atteinte déterminé : minime modérée sévère

Orientation(s) prioritaire(s) :

Force – Équilibre/Coordination – Assouplissement/Éirement – Endurance

.....
.....
.....

Objectif médical :

.....

Précaution (s) et/ou Recommandations (si nécessaire) :

.....
.....

Document remis au patient :

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Signature ou cachet professionnel:

Date: / /