

Prescription

(en référence à l'article D.1172-2 du Code de la santé publique*)

Nom du patient _____

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée pendant _____, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisations d'activité physique adaptée et recommandations

Précautions particulières sur

- Appareil locomoteur _____
- Cardio-vasculaire _____
- Cutané et infectieux _____
- Chute et risque de fracture _____
- Autres _____

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

Lieu _____

Date _____

Signature

Certificat d'absence de contre-indication

Je soussigné(e) Docteur _____

Certifie avoir examiné(e) ce jour M/ Mme _____

Né(e) le _____

et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indications :

- à la pratique de toutes activités physiques et/ou sportives à l'exception de :

- à la pratique de toutes activités physiques et/ou sportives adaptées

Lieu _____

Date _____

Signature

Cachet professionnel

* Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD.