



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 constate l'absence de signes cliniques décelables contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée à sa pathologie.
- Je prescris un bilan de la condition physique.
- Je prescris une activité physique¹ et/ou sportive régulière, adaptée, progressive et sécurisante.

Antécédents et pathologies connues :

.....
.....

Préconisation(s) d'activité(s) et recommandations :

Endurance Force Equilibre Assouplissement/Etirement

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

Objectif médical :

.....
.....

Document remis au patient :

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

Signature ou cachet professionnel :

Date : / /

Afin de vous envoyer le bilan de l'accompagnement de votre patient via une messagerie sécurisée, merci d'indiquer **en majuscule** votre adresse e-mail sécurisée :

.....@.....

¹ 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