

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES

Je soussigné(e) _____ docteur en médecine exerçant à _____

certifie avoir examiné ce jour Mr/Mme _____ né(e) le ____/____/____

atteint(e) d'une ALD type : _____

et n'avoir pas constaté de contre-indication, à ce jour, à la pratique des activités physiques suivantes :

- Activités d'**endurance** sur appareil : ergocycle, tapis, rameur, elliptique
- Activités de **gym douce** : renforcement musculaire, stretching/relaxation, gym d'équilibre
- Randonnée** et **marche sportive adaptée** (Partenariat avec le club Cœur et Santé de Saint-Malo/Dinard)

Je lui **prescris les activités physiques mentionnées ci-dessus, encadrées par un enseignant en activité physique adaptée** (d'après le décret n° 2016-1990 du 30/12/2016, relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD) pour une durée minimum de 3 mois à compter de la date d'inscription à la salle SportDical.

Aménagements/adaptations souhaitables pour la pratique

Vigilances particulières

-
-
-

-
-
-

Cette prescription d'activité physique adaptée **ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.**

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à _____ Le _____

Cachet du médecin + Signature

