

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Je soussigné(e) _____ docteur en médecine certifié avoir examiné ce jour

Mr/Mme _____ né(e) le ____/____/____

atteint(e) d'une ALD type : _____

et n'avoir constaté aucune contre-indication, à ce jour, à la pratique d'une activité physique de type :

- Activités d'**endurance** sur appareil (ergocycle, tapis, elliptique, rameur) / Marche sportive
- Activités de **gym douce** : renforcement musculaire, stretching/relaxation, gym équilibre

Je lui **prescrit les activités physiques mentionnées ci-dessus, encadrées par un enseignant en Activité Physique Adaptée** STAPS APA (d'après le décret n° 2016-1990 du 30/12/2016, relatif aux conditions de dispensation de l'Activité Physique Adaptée prescrite par un médecin 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



Votre accompagnement « **Sport sur Ordonnance** » à la salle SportDical peut maintenant démarrer. Contactez Jennifer ou Ségolène au **02 23 52 35 54** afin d'élaborer votre **programme personnalisé**.