

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Je prescris une activité physique adaptée à Mr/Mme..... né(e) le/...../.....
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 **prescris les activités physiques mentionnées ci-dessus, encadrées par un enseignant en Activité Physique Adaptée** STAPS APA (d'après le décret n° 2023-234 du 30 mars 2023, relatif aux conditions de prescription et de dispensation de l'activité physique adaptée) 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 le régime général de la sécurité sociale.**

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 en Activité Physique Adaptée à la salle SportDical peut maintenant démarrer.
Contactez-nous au **02 23 52 35 54** afin d'élaborer votre **programme personnalisé.**