

Prescription médicale

▪ Médecin

Nom :

Ville :

Certifie avoir examiné ce jour / / :

▪ Sportif

Nom /Prénom :

Age :

Sexe : F M

Poids :

Taille :

Prescrit l'activité physique adaptée encadrée par des enseignants Activité Physique Adapté (APA), pour 2 pratiques complémentaires: le renforcement musculaire et la gym douce.

La pratique est adaptée en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Pour une durée de à raison de 1 séance/semaine 4 séances/semaine
 2 séances/semaine 5 séances/semaine
 3 séances/semaine

Antécédents :
.....
.....

Remarques / contre-indications :
.....
.....

Objectif patient/médecin :
.....
.....

Signature et tampon du Médecin :

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