

Je soussigné(e), Docteur en Médecine.....

Exerçant à

☐ Médecin traitant

☐ Autre :

Certifie avoir examiné ce jour :

Monsieur, Madame NOM : Prénom :

Né(e) le : / / à

Pathologie principale :

Pathologies secondaires :

N'avoir constaté par l'interrogatoire et l'examen clinique, aucune contre-indication
à la pratique d'activités physiques adaptées et recommande les précautions
suivantes concernant la pratique d'activités physiques :

●Type d'activité ●Intensité ●Fréquence ●Volume ●Mobilisations ●Exercices à éviter

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cette prescription donne droit* au patient à la réalisation d'un **bilan d'évaluation de sa condition physique, fonctionnel et motivationnel** par une personne qualifiée.

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

Afin de vous adresser le bilan de l'accompagnement de votre patient via
une messagerie sécurisée merci d'indiquer en majuscules votre adresse mail :

.....

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

* non droit au remboursement