

**CERTIFICAT DE PRESCRIPTION EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE
CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION**

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