FORMULAIRE SPÉCIFIQUE DE PRESCRIPTION
À LA DISPOSITION DES MÉDECINS TRAITANTS

Je soussigné(e) Dr:

Demeurant à:

Spécialité:

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée pendant (durée en mois):

à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes fonctionnelles du patient.

☐ Aucune ☐ Minime ☐ Modérée ☐ Sévère

Avec les préconisations d'activités et recommandations suivantes:
Fréquence :
Durée :
Intensité :
Type d'exercice/d'activité :
Mouvements ou exercices déconseillés :

Pour le patient Madame/Monsieur :

Né(e) le:

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la Santé Publique*), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire**:

☐ Enseignant en Activité Physique Adaptée

☐ Educateurs sportifs (professionnels et/ou bénévoles)

☐ Pratique Autonome

☐ J'invite le patient à contacter la Maison sport santé 07 au 04.75.64.29.10

Lieu	Date	Signature	Cachet professionnel