

# MA PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE



## L'ÉQUIPE

### D'ACCOMPAGNEMENT



**Jonathan BAZARD**



**Adrien CHAREYRE**

📞 06 33 49 44 00

✉️ [sportsante07@franceolympique.com](mailto:sportsante07@franceolympique.com)



01

**UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ ME PRESCRIT UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR MA SANTÉ.**

Un formulaire de prescription est au dos de ce flyer.

02

**J'AI UN ENTRETIEN TELEPHONIQUE AVEC LE DAPAP 07.**

Présentation du dispositif, bilan motivationnel, mise en place d'objectifs de pratique...



Jonathan  
**BAZARD**



Adrien  
**CHAREYRE**



03

**JE REALISE MON BILAN INITIAL AVEC UN ENSEIGNANT EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE.**



Condition physique  
Sédentarité  
Perception de ma santé.



Bilan **individuel** : 50€  
Bilan **collectif** : 10€

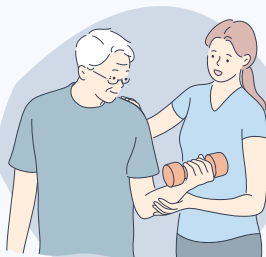


**Compte rendu** envoyé par mail ou courrier postal.

04

**JE PRATIQUE UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE**

Le DAPAP 07 m'oriente vers une pratique adaptée à mes capacités et mes besoins.



**SÉANCES APA**

Activité Physique Adaptée



**BILAN DE SUIVI**



**STRUCTURES**

Sport Santé

# SÉANCES APA

## ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Renforcement musculaire, équilibre, souplesse, endurance cardiovasculaire.



- 1 heure par semaine
- En groupe réduit
- Encadrée par un **Enseignant APA**

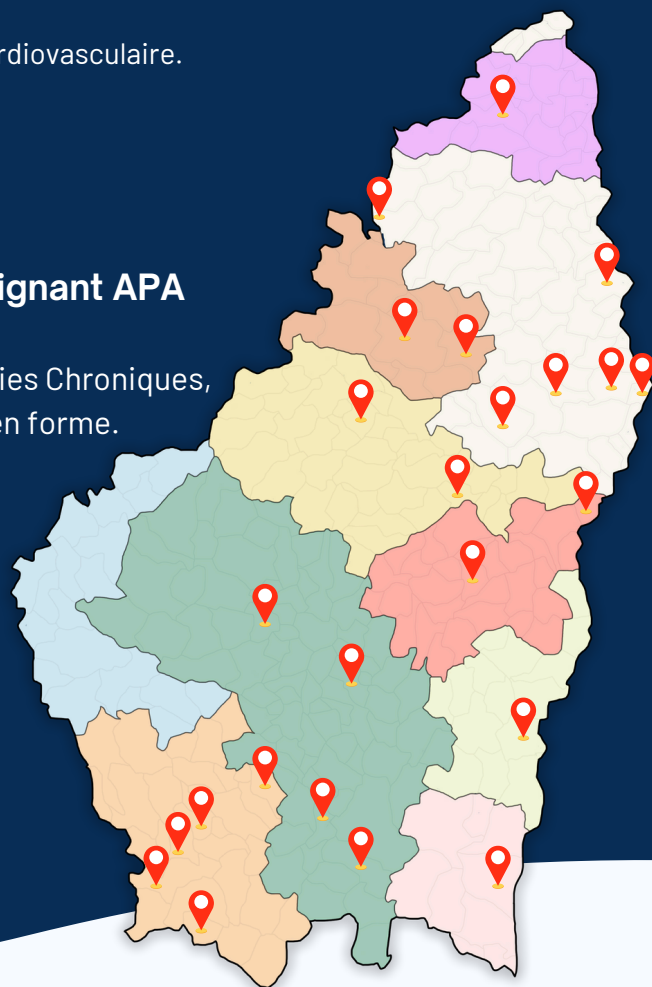


Adapté aux ALD et Maladies Chroniques, avec objectif de remise en forme.

**20€ / mois \***

\* Engagement trimestriel

\* Tarif réduit à 10€/mois (CSS / RSA / AAH)



## STRUCTURES

### SPORT SANTÉ



- Structures référencées et formées en “**Sport Santé**”
- Séances encadrées par un **éducateur sportif diplômé**
- Tarif en fonction de chaque structures



Adapté aux **personnes autonomes dans la pratique sportive**, avec un objectif de sport santé et bien-être.



**Je trouve les clubs  
proches de chez moi :**

[www.sport-sante-auvergne-rhone-alpes.fr](http://www.sport-sante-auvergne-rhone-alpes.fr)



**FORMULAIRE DE PRESCRIPTION**

Je soussigné(e) : .....

Je prescris :  Un bilan des aptitudes fonctionnelles locomotrices du patient.

Des séances **d'Activité Physique Adaptée** supervisées.

↳ pour une durée de : ..... mois.

↳ À adapter en fonction des aptitudes fonctionnelles du patient.

Aucunes     Minimales     Modérées     Sévères

↳ Avec les préconisations et recommandations suivantes :

Fréquence :

Durée :

Intensité :

Type d'exercice / d'activité :


Mouvements / exercices déconseillés :

Pour le patient Madame / Monsieur : .....

Né(e) le : ...../...../.....    Téléphone : .....

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 L'ÉQUIPE D'ACCOMPAGNEMENT**

 06 33 49 44 00

Date : ..... / ..... / .....

Cachet / Signature :

Lieu :