

SPORT SUR ORDONNANCE

Prescription médicale d'activité physique adaptée

Je soussigné(e), Docteur..... certifie avoir examiné
M. / Mme né(e) le
et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication apparente à la pratique des séances d'activités
physiques adaptées suivantes :

- Activité de marche nordique adaptée (parcours individualisés)
- Activités d'endurance en salle de sport (tapis, ergocycles, rameurs...)
- Séances de gym douce et renforcement musculaire adaptées en salle de sport
- Séances adaptées de longe côte

Nombre de cases cochées :

Je prescris les activités physiques mentionnées ci-dessus, **encadrées par un enseignant en activité physique adaptée** (d'après le décret n° 2016-1990 du 30/12/2016).

Recommandations / contre-indications :

Document remis au patient

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

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Tampon du médecin + signature



CLUB Sport Santé
Activités Physiques Adaptées

clubsportsante.com

06 79 86 12 63

57 rue de la liberté

14 730 Giberville