

PRESCRIPTION MÉDICALE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES

Je soussigné Dr exerçant à certifie avoir examiné ce jour Mr/Mme né le/...../....., et n'avoir pas constaté de contre-indication, à ce jour, à la pratique d'activités physiques adaptées.

Je lui prescris les activités physiques mentionnées ci-dessus, encadrées par un enseignant en activité physique adaptée (en référence à l'Article D.1172-2 du Code de la santé publique) pour une durée maximum de 6 mois à compter de la date d'inscription à la salle LABSPORT.

Préconisation d'activité et recommandations :

- Endurance
- Force
- Souplesse
- Equilibre
- Autre :

Adaptations/aménagement souhaitable pour la pratique :

.....
.....

Vigilances particulières :

.....
.....

Cette prescription d'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie. Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à Le/...../.....

Lieu date signature cachet professionnel

En fin d'accompagnement, le LABSPORT vous enverra un bilan de l'accompagnement de votre patient : objectifs fixés, activités physiques réalisées, assiduité, effets sur la santé physique, mentale et sociale, projet de poursuite en activité physique. Si vous êtes d'accord pour recevoir ce bilan par mail, merci de bien vouloir compléter ci-dessous avec votre e-mail professionnel :

.....@.....