FICHE DE PRESCRIPTION

Je soussigné(e) Docteur……

prescris une activité physique et/ou sportive adaptée à

Nom du Patient ……

pendant……., à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Activités préconisées :

☐ Gym sur chaise ☐ Yoga Gym ☐ Multisports adultes

☐ Marche Nordique ☐ Mieux vivre avec son dos

☐ Gym sénior ☐ Pilates

☐ Gym adaptée (à effectif réduit pour les personnes en situation de handicap et/ou demandant une attention particulière)

Précautions et/ou restrictions particulières (appareil locomoteur, cardio-vasculaire, …) **:**

……

……

……

Les activités sont encadrées par Marie-Cécile ROLLAT, BPJEPS Activités Physiques pour Tous, CS Accueil et Insertion des Personnes en Situation de Handicap (AIPSH) et Animation et Maintien de l'Autonomie de la Personne (AMAP). Diplômes reconnus dans le cadre de l'Article D.1172-2 du Code de la santé publique.

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

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e) Docteur……

certifie avoir examiné(e) ce jour Mr/Mme……

Né(e) le / /

et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indications à la pratique des activités physiques et/ou sportives précisées ci-dessus.

à …… le / / Signature & Cachet professionnel