

# PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

## CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e) ..... Docteur en Médecine, certifie avoir examiné Mme/M. (lettres capitales)..... né(e) le ..... et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée<sup>1</sup> dans les conditions ci-dessous.

Je soussigné(e), Docteur..... atteste prescrire une Activité Physique Adaptée<sup>1</sup> à Mme/M. ....

Cette pratique devra être supervisée par un intervenant qualifié ayant les compétences requises conformément à l'instruction ministérielle, pour encadrer des patients présentant la limitation fonctionnelle suivante :

Limitation fonctionnelle :  Aucune  Minime

### Préconisations

Capacité(s) à améliorer (plusieurs réponses sont possibles)

Cardio-Vasculaires  Musculaires  Endurance  Souplesse  Équilibre  Coordination

Intensité maximale

Légère  Modérée  Soutenue

Si possible, précisez la fréquence cardiaque maximale : .....

Précautions particulières à prendre :

En fonction • des limitations fonctionnelles (déficience locomotrice, cérébrale, sensorielle, douleurs ....) ;  
• des conditions environnementales à éviter (chaud/froid, pollution) ; • de traitements pouvant influencer sur l'adaptation à l'effort ; • de contre-indications temporaires à respecter

Précisez ici :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à.....

Le.....

Tampon et signature du médecin



en partenariat avec



Contact : Alexandra Occhionorelli (éducatrice sportive, diplômée APA) 06 77 52 11 21

<sup>1</sup> Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD.