

# Prescription & non contre-indication

## à la pratique d'une activité physique adaptée (APA)

Je soussigné(e) Docteur .....

Exerçant à .....

Certifie avoir examiné ce jour :

NOM..... Prénom .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe .....

- Je prescris une activité physique<sup>1</sup> et/ou sportive régulière, adaptée, progressive et sécurisante.
- Je constate l'absence de signes cliniques décelables contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée à sa pathologie
- Je prescris un programme d'éducation thérapeutique

**Niveau d'atteinte déterminé :**  minime  modérée  sévère

**Orientation(s) prioritaire(s) :**

Force –  Equilibre/Coordination –  Assouplissement/Etirement –  Endurance

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

Objectif médical :.....  
.....

Précaution (s) et/ou Recommandations (si nécessaire) :.....  
.....  
.....

**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.

Signature ou cachet professionnel:

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

