

Fiche de prescription

• **Nom du patient**

• **Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée**

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

• **Préconisations d'activité physique adaptée et recommandations**

.....

• **Précautions particulières sur**

- appareil locomoteur
- cardio-vasculaire
- cutané et infectieux
- chute et risque de fracture
- autres

• **Type d'intervenant(s)** appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'article D.1172-2 du Code de la santé publique*, le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire** :

• **Document remis au patient** oui non

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

• **Lieu**

• **Date**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

• **Signature**

* 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.

** Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit par arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.



Certificat d'absence de contre-indication

• **Je soussigné(e) Docteur**

certifie avoir examiné (e) ce jour M/ Mme.....

..... Né(e) le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indications :

à la pratique des activités sportives suivantes

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

à la pratique de toutes les activités physiques et/ou sportives adaptées intégrées au dispositif Prescri'Forme

• **Lieu**

• **Date**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

• **Signature**

cachet professionnel

