

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION ET DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE¹

Tampon du médecin	Nom et prénom du patient :
	Date de naissance :
	N° de téléphone :

Je soussigné(e) Docteur en Médecine, certifie avoir examiné le ou la patiente et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée¹ dans les conditions ci-dessous.

Je prescris une activité physique adaptée¹ supervisée pendant, à une fréquence hebdomadaire et à une intensité à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient, qui l'amènent progressivement vers celle recommandée en thérapeutique non médicamenteuse, en privilégiant le développement des capacités suivantes :

- Cardio-vasculaires Musculaires Souplesse Équilibre Coordination

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 (voir au dos si nécessaire) :

- Aucune Minimales Modérées Sévères

Dénomination de la pratique sportive (si demandée) :

PRÉCONISATIONS PARTICULIÈRES ET COMPLÉMENTS D'INFORMATION À L'INTENTION DE L'INTERVENANT PERMETTANT D'ADAPTER ET DE SÉCURISER LA PRATIQUE (exemples non exhaustifs : activités avec le poids du corps ou charges légères, pas de sport à risque de chute et/ou de collision, éviter efforts en ambiance froide, éviter efforts statiques intenses, contrôler l'intensité pour ne pas dépasser une intensité modérée, traitements à prendre en compte...)

Lieu

Date

Signature

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

1 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 maladie chronique.