

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 prescris à Mme/M ..... une activité physique adaptée<sup>1</sup> 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 thérapie 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*     *Minimes*     *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...)

Remis en main propres au patient, le

Signature et cachet :