

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION ET DE PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

Je soussigné, Docteur en médecine, exerçant à
..... certifie avoir examiné Mme/M. (Lettres capitales)
..... Né(e) le

Et n'ayant constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée dans les conditions ci-dessous.

Je prescris à Mme/M une activité physique adaptée supervisée pendant mois, 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 :

Aucune Minimales Modérées Sévères

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...)

to be top

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

Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques (pouvant inclure des activités sportives), et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

Document remis en main propre au patient, le

Signature et cachet