

**Prescription médicale**

▪ Médecin

**Nom :**

**Ville :**

**Certifie avoir examiné ce jour ..... / ..... / .....** :

▪ Sportif

**Nom /Prénom :**

**Age :**

**Sexe :**  F  M

**Poids :**

**Taille :**

**Prescrit l'activité physique adaptée encadrée par des enseignants Activité Physique Adapté (APA), pour 2 pratiques complémentaires: le renforcement musculaire et la gym douce.**

La pratique est adaptée en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Pour une durée de ..... à raison de  1 séance/semaine  4 séances/semaine  
 2 séances/semaine  5 séances/semaine  
 3 séances/semaine

**Antécédents :** .....  
.....  
.....

**Remarques / contre-indications :** .....  
.....  
.....

**Objectif patient/médecin :** .....  
.....  
.....

**Signature et tampon du Médecin :**

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