

# CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION ET DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE<sup>1</sup>



5bis avenue de la  
gare, Varilhes  
06.44.01.32.49  
06.84.09.65.76

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 dans les conditions ci-dessous.

Je prescris à Mme/M ..... une activité physique adaptée<sup>1</sup> supervisée pendant ..... mois, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient, en privilégiant le développement des capacités suivantes :

Cardio-vasculaires     Musculaires     Souplesse     Equilibre     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

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, traitements à prendre en compte, ...)

Je souhaite avoir accès aux bilans et comptes rendus de prise en charge en activité physique adaptée de le/la patient(e)

Remis en main propres au patient, le

Signature et cachet :

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

<sup>1</sup>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.