

Fiche de prescription

- **Nom du patient**
- **Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée**
pendant, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.
- **Préconisations d'activité physique adaptée et recommandations**
.....
- **Précautions particulières sur**
 - appareil locomoteur
 - cardio-vasculaire
 - cutané et infectieux
 - chute et risque de fracture
 - autres
- **Type d'intervenant(s)** appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'article D.1172-2 du Code de la santé publique*, le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire** :
- **Document remis au patient** oui non
- **La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.**
- **Lieu**
- **Date** | | | | | | | |
- **Signature**

* 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.

** Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit par arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

Certificat d'absence de contre-indication

• Je soussigné(e) Docteur _____

certifie avoir examiné (e) ce jour M/ Mme _____

_____ Né(e) le | | | | | | | | | |

et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indications :

à la pratique des activités sportives suivantes

à la pratique de toutes les activités physiques et/ou sportives adaptées intégrées au dispositif Prescri'Forme

• Lieu _____

• Date | | | | | | | | | |

• Signature

cachet professionnel
