

CERTIFICAT DE PRESCRIPTION ET DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)



Tampon du médecin

NOM – Prénom du patient

Date de naissance

N° tel

☐ Je prescris une activité physique adaptée

☐ Je prescris une activité physique adaptée associée à un programme d'éducation thérapeutique

Limitation fonctionnelle : ☐ absence ☐ minime ☐ modérée ☐ sévère

Préconisation d'activité et recommandations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Document remis au patient ☐

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

Date :/...../.....

Signature du médecin

Maison Sport Santé PLANETH Patient
Tél : 09.74.90.50.50 - www.planethpatient.fr
Email : mssplaneth@planethpatient.fr

