



Tampon du masseur-kinésithérapeute

Date :

Nom et prénom du patient :

Renouvellement de prescription initiale :

Je renouvelle la prescription d'activité physique adaptée ci-dessus pour une durée de (3 à 6 mois maximum)

ou

Adaptation de prescription initiale :

Je prescris les adaptations suivantes (préciser le type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, la fréquence, l'intensité) :

pour une durée de : (3 à 6 mois maximum)

Signature du masseur-kinésithérapeute :

