

Tampon du médecin :

Date :

Nom et prénom du patient :

Je prescris une activité physique adaptée, pour une durée de (la durée de prescription est de 3 à 6 mois renouvelable [1]), à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisations d'activité, selon les référentiels d'aide à la prescription d'activité physique lorsqu'ils existent (2) (type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état de santé du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, fréquence, intensité) :

Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte :

Cette prescription ouvre droit au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel par une personne qualifiée (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, intervenant en activité physique adaptée formé à la réalisation de ces évaluations), à l'entrée puis à la fin du programme d'activité physique adaptée, en référence à [l'article D. 1172-2 du code de la santé publique](#).

Le patient présente-t-il une indication qui nécessite le renouvellement et l'adaptation de la prescription par un médecin ? (3) :

OUI / NON si oui mentionner laquelle :

Signature du médecin :