

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION ET DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE*

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine,
certifie avoir examiné Mme/M
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* supervisée pendant mois, à une fréquence hebdomadaire et à
une intensité 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
requis conformément à l'instruction ministérielle pour encadrer des patients présentant
la limitation fonctionnelle suivante:

- Aucune Minimales Modérées Sévères

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...)

Dénomination de la pratique sportive (si demandée) :

Signature et cachet :

Remis en main propre au patient, le