

## Prescription médicale d'Activité Physique Adaptée

Date :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Déclare avoir examiné ce jour \_\_\_\_\_ (nom et prénom du patient)

Et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente ou cliniquement décelable à la pratique d'activité physique adaptée.

Préconisations d'activité et/ou 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.*

Cachet du médecin