

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