CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION ET DE PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE *(1)*

Je soussigné(e) …….,…….. Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné Madame/Monsieur …….. né(e) le…… et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication apparente à l'activité physique adaptée (1) dans les conditions ci-dessous.

Je prescris à Madame/Monsieur……..,une activité l'activité physique adaptée (1) supervisée pendant ……., à une fréquence hebdomadaire à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient, qui l'amènent progressivement vers celles recommandées, 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 requises conformément à l'instruction ministérielle, pour encadrer des patients présentant la limitation fonctionnelle suivante :

☐ **Aucune** ☐ **Modérées** ☐ **Sévères**

Dénomination de la pratique sportive (*si demandée)* ……

PRECONISATIONS PARTICULIERES ET COMPLEMENTS D'INFORMATION A L'INTENTION DE L'INTERVENANT PERMETTANT D'ADAPTER ET DE SECURISER LA PRATIQUE (*Exemples non exhaustifs : activités avec le poids du corps ou charges légères, pas de sport à risque de chute et/ou de collision, pas d'efforts en ambiance froide, pas d'efforts statiques intenses, contrôle de l'intensité pour ne pas dépasser une intensité modérée, traitements à prendre en compte …*).

Remis en mains propres au patient, le Signature et cachet

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut donner lieu à ce jour à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

(1) *Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteint d'une ALD.*