

Tampon du médecin prescripteur

Date : .....

Nom et prénom du patient : .....

Date de naissance : .....

Pathologie(s) chronique(s) : .....

Le patient est-il en Affection de Longue Durée ?  NON  OUI : pour quelle(s) affection(s) ?

.....

## Prescription médicale à la pratique d'une Activité Physique Adaptée (APA)

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

Préconisations d'activité :

Renforcement musculaire

Endurance

Equilibre / Coordination

Assouplissement / Etirement

Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte :

.....  
.....  
.....

Fait à .....

Le .....

Signature :