

**Prescription
& non contre-indication
à la pratique d'une activité physique adaptée (APA)**

Je soussigné(e) Docteur

Exerçant à

Certifie avoir examiné ce jour :

NOM : Prénom :

Naissance : / / Sexe :

Je prescris une activité physique¹ et/ou sportive régulière, adaptée, progressive et sécurisante.

Je constate l'absence de signes cliniques décelables contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée à sa pathologie.

Niveau d'atteinte déterminé : Minimale Modérée Sévère

Orientation(s) prioritaire(s) : Force Equilibre/Coordination
 Souplesse Endurance

Objectif médical :

.....
.....

Précaution(s) et/ou Recommandation(s) (si nécessaire) :

.....
.....

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

Signature ou cachet professionnel :

Date : / /

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 atteints d'une ALD