

Je soussigné(e) Docteur en Médecine, certifie avoir examiné Mme/M. (lettres capitales)..... Né(e) le et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée¹ dans les conditions ci-dessous.

Je prescris à Mme/M une activité physique adaptée¹ supervisée pendant, à une fréquence hebdomadaire et à une intensité à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient, qui l'amènent progressivement vers celle recommandée en thérapeutique non médicamenteuse, en privilégiant le développement des capacités suivantes :

- Cardio-vasculaires Musculaires Souplesse Équilibre 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 :

Types de mouvements limités en

- Amplitude Vitesse Charge Posture

Types d'efforts limités sur le plan

- Musculaire Cardio-vasculaire Respiratoire

Capacités à l'effort limitées en

- Endurance (longue et peu intense) Résistance Vitesse (brève et intense)

Capacités incompatibles avec

- Une pratique en hauteur Le milieu aquatique Des conditions atmosphériques particulières (à préciser)

Dénomination de la pratique sportive (si demandée) :

PRÉCONISATIONS PARTICULIÈRES ET COMPLÉMENTS D'INFORMATION À L'INTENTION DE L'INTERVENANT PERMETTANT D'ADAPTER ET DE SÉCURISER LA PRATIQUE (exemples non exhaustifs : FCM, traitements, autres pathologies...).

.....

Remis en main propres au patient, le

Signature et cachet :