

**Certificat médical de non contre-indication apparente
à la pratique des Activités Physiques Adaptées (A.P.A.)**

Je, soussigné(e) _____, certifie que l'état de santé de

Melle / Mme / M

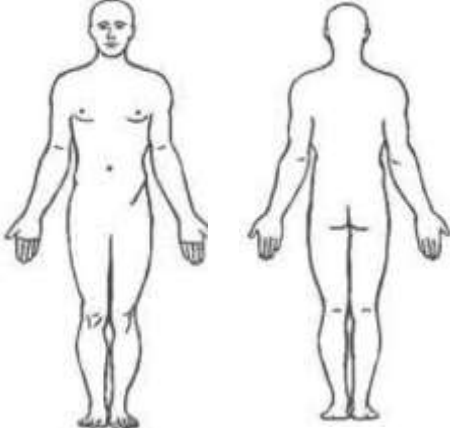
Nom : _____ **Prénom :** _____ **né(e) le** ___ / ___ / ___

Observé(e) ce jour, est compatible avec la pratique d'Activités Physiques et ou Sportive Adaptées. En l'absence de signe clinique apparent contre-indiquant, je l'autorise en conséquence à pratiquer les activités suivantes :

Activité physique progressive et régulière, | Activités souhaitées :.....
.....

En évitant (Précautions particulières : appareil locomoteur, cardiovasculaire, respiratoire, neurosensoriel vision, audition, équilibre. Contre-indications. Activités déconseillées.) :

Sur les personnages ci-contre, indiquez où se situent les douleurs ou fragilités



Incluant :

Plus amples informations :

Ci-jointes Disponibles sur demande

Je souhaite avec l'accord du patient avoir des retours sur son accompagnement individualisé.

Contact personnel :

Mail : _____@_____ **Téléphone :** _____

Fais à : _____

Date : ___ / ___ / ___

Signature et Cachet

Docteurs et Professionnels de Santé,

Les **Activités Physiques Adaptées** proposées, visent à informer, orienter, soutenir, et donner des pistes de solutions à l'usager dans ses démarches liées à l'adoption d'habitudes de vie dynamiques. Celles-ci sont présentées sous plusieurs services :

- Conception d'un **projet individuel en activité physique adaptée**.
- Renseignements sur les **recommandations générales** en activité physique.
- **Programmation individualisée** établie à partir de leurs besoins et de leurs capacités.
- **Sensibilisation aux bons mouvements** à partir de prise en charge individuelle ou en groupe.
- **Accompagnement de leur motivation** au changement en démontrant le bien-être et les biens faits retirés de l'activité physique.
- **Orientation vers des structures adaptées**.
- **Suivi de leur progression** afin de les diriger dans l'adoption des nouveaux comportements dynamiques, **pour une pratique autonome et un changement de leurs habitudes de vie, vers des habitudes dynamiques**.

De règle générale, augmenter la pratique d'activité physique n'entraîne pas de risque de santé majeur. Dans certains cas, il est cependant conseillé de passer un **examen médical** avant d'entreprendre toute forme d'activité physique.

Afin de pouvoir parvenir à ces objectifs en respectant des principes d'efficacité et surtout de sécurité, je vous serais reconnaissant d'informer ce document d'aptitude à la pratique d'activité physique.

Je suis à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et reste dans la mesure d'échanger avec vous sur l'utilité ou la structure de cet outil et de cette démarche.

Hugo CERDA

Enseignant en Activités Physiques Adaptées*

***Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire²:**

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

² Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)

