

Prescription d'Activités Physiques Adaptées (A.P.A.)

Je, soussigné(e) _____, certifie que l'état de santé de
 Melle / Mme / M

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

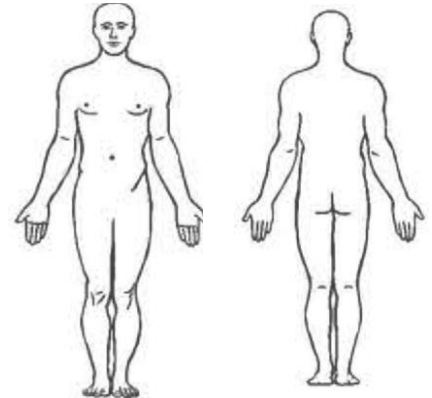
Observé(e) ce jour, est compatible avec la pratique d'Activités Physiques et ou Sportive Adaptées. En l'absence de signe clinique apparent contre-indiquant, je l'autorise en conséquence à pratiquer les activités suivantes :

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 :

Informations complémentaires : ALD Maladie Chronique CSS GIR : ...

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

Contact personnel : **Mail :** _____ **Téléphone :** _____

Fais à : _____

Date : ___ / ___ / ___

Signature et Cachet