



FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Nom du patient :

Je prescris une activité physique adaptée

Pendant, à la **Maison Sport-Santé de Vincennes**,
à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

PRÉCONISATIONS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ET RECOMMANDATIONS :

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

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES SUR :

- appareil locomoteur**
- cardio-vasculaire**
- cutané et infectieux**
- chute et risque de fracture**
- autres**

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 :

ENSEIGNANT EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

- Document remis au patient

Les bénéficiaires sont invités à se renseigner auprès de leur CPAM et leur mutuelle pour une éventuelle prise en charge (sous conditions)

Lieu : **Date :**

signature/cachet professionnel

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 vfinalité 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)