

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE (APA) et CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e) Docteur, exerçant à

certifie avoir examiné ce jour Mme/M.

Né(e) le / /

et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée dans les conditions ci-dessous.

Je prescris une **activité physique et/ou sportive régulière, adaptée**, progressive et sécurisante pour une durée de.....mois, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

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 : Aucune Minimale Modérée Sévère *

Développement (s) prioritaire(s) :

- Cardio-vasculaires Force/Musculaire Equilibre/Coordination
 Souplesse/Etirement Endurance

Préconisations et/ou Recommandations (si nécessaire) :

Signature et cachet professionnel :

Remis au patient le : / /

*Pratique sous supervision exclusive de : MKDE, Ergothérapeutes et Psychomotriciens

