

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Partie destinée au médecin :

Je soussigné(e) Docteur certifie avoir examiné
Mme/M. Né(e) le/...../..... et constaté que
son état nécessite la pratique d'une **activité physique adaptée** dans les conditions de la présente
prescription.

(Arrêté du 28 décembre 2023 fixant le modèle de formulaire de prescription d'une activité physique adaptée).

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Privilégier ce(s) type(s) d'activité(s) :

- Endurance cardio-respiratoire
- Renforcement musculaire
- Souplesse
- Aptitude neuromotrice : Equilibre, Coordination
- Autre(s) :

Intensité recommandée

- Légère
- Modérée
- Élevée

Fréquence hebdomadaire

- 1
- 2
- 3
- + 4

Durée :

RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ

Fréquence cardiaque à
ne pas dépasser :
.....bpm

Efforts à ne pas réaliser :

- Endurance
- Résistance
- Vitesse

Articulations à ne pas solliciter :

- Rachis
- Genou
- Hanche
- Épaule
- Cheville

Actions à ne pas réaliser :

- Courir
- Sauter
- Marcher
- Porter
- Pousser
- Tirer
- S'allonger sur le sol
- Se relever du sol
- Mettre la tête en arrière

Arrêt en cas de :

- Fatigue
- Douleur
- Essoufflement

Autre :



Date/...../.....

Tampon et signature du médecin :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR SÉCURISER LA PRATIQUE

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