

MAISON SPORT SANTE OASIS - COMPIÈGNE

Adresse: 32 rue d'Austerlitz 60200 Compiègne

Tél: 06 27 34 21 91

PRESCRIPTION MÉDICALE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES

Je soussigné(e), Dr, exerçant à

certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme,né(e) le/...../.....,

et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques adaptées.

Je lui prescris les activités physiques suivantes, encadrées par un professionnel en activité physique adaptée, conformément à l'Article D.1172- 2 du Code de la santé publique, pour une durée minimale de 1 an à compter de la date d'inscription à la Maison sport Santé Oasis de Compiègne.

Préconisation d'activités et recommandations

- Endurance
- Renforcement musculaire
- Souplesse/ mobilité articulaire
- Travail de l'équilibre et de la coordination
- Autre:

Adaptations et précautions

- Contre-indications spécifiques:
- Aménagements nécessaires:
- Vigilances particulières:
 - Surveillance du rythme cardiaque (fréquence, arythmie, tachycardie...)
 - Gestion de la douleur (articulaire, musculaire, post-effort)
 - État respiratoire (essoufflement, asthme)
 - Risque de chute (troubles de l'équilibre, vertiges)
 - Fatigue chronique ou troubles métaboliques (diabète, hypo/hyperglycémie)
 - Autre:

Remarque: Cette prescription d'APA ne donne pas lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie. (voir éventuellement avec votre mutuelle)

Fait à:

Le:/...../.....

Signature & Cachet du médecin

Suivi médical: Un bilan des activités réalisées, de l'assiduité et des bénéfices observés sur la santé du patient pourra être adressé au médecin prescripteur.

Si vous souhaitez le recevoir, merci d'indiquer votre e-mail professionnel: