



Service
Médecin prescripteur

NOM – Prénom du patient :

Date de naissance : .....

N° de téléphone : .....

Mail: .....

Pathologie(s) chronique(s) concernée(s) : .....

Le patient est-il en Affection de Longue Durée (sous protocole ALD) ?

non  oui : pour quelle(s) affection(s) ? .....

**Prescription médicale à la pratique d'une  
Activité Physique Adaptée (APA)**

Je prescris / recommande une activité physique adaptée :  non  oui

Précisions et recommandations médicales à l'attention des enseignants APA :

- Types de mouvements limités en :  
 amplitude  vitesse  charge  posture
- Types d'effort limités sur le plan :  
 musculaire  articulaire  cardio-vasculaire  respiratoire
- Capacités à l'effort limitées en :  
 endurance  résistance  vitesse
- Capacités incompatibles avec :  
 le milieu aquatique  des conditions atmosphériques particulières  
 autres : .....
- Traitement en cours :  
.....  
.....

Autres précautions ou préconisations :  
.....  
.....  
.....

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit. Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour.

Date et Signature :