

Prescription en lien avec une ALD et/ou maladie chronique :

- ☐ Oui
☐ Non

Je soussigné(e),docteur en médecine exerçant à
certifie avoir examiné ce jour Mme, M.....
Né(e) le

Ne présentant pas de limitations fonctionnelles sévères.

Et constaté que son état de santé nécessite la pratique d'une activité physique dans les conditions de la présente prescription.

Validité un an à compter de ce jour.

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Type(s) d'activité(s) à privilégier

- ☐ Endurance cardio-respiratoire
☐ Renforcement musculaire
☐ Souplesse
☐ Equilibre
☐ Autres :

Intensité recommandée

- ☐ Légère
☐ Modérée
☐ Elevée

Préconisation

- ☐ 1 séance de 60min/semaine
☐ 2 séances de 60min/semaine
☐ 3 séances de 60min/semaine

RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ

**Articulations
à ne pas solliciter**

- ☐ Rachis
☐ Epaule
☐ Hanche
☐ Genou
☐ Cheville
☐ Poignet

Efforts à ne pas réaliser

- ☐ Endurance
☐ Vitesse
☐ Résistance

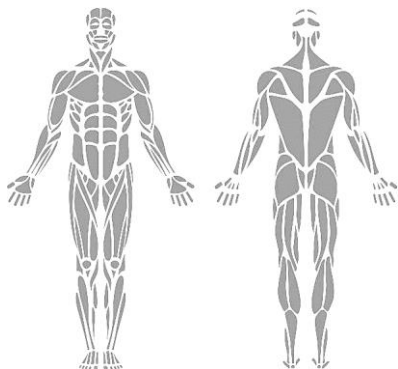
Actions à ne pas réaliser

- ☐ Courir
☐ Sauter
☐ Marcher
☐ Porter
☐ Pousser
☐ S'allonger au sol
☐ Se relever du sol
☐ Mettre la tête en arrière

Arrêt en cas de

- ☐ Fatigue
☐ Douleur
☐ Essoufflement

Préciser la latéralité si besoin



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

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
POUR SECURISER LA PRATIQUE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Cachet et signature :

Contact plateforme sport santé bien être : 04 68 90 30 18

Toutes les activités proposées sont adaptées aux capacités de chacun et encadrées par des éducateurs formés et diplômés