

Je soussigné(e), Docteur..... atteste prescrire une Activité
Physique Adaptée à Madame / Monsieur.....

Préconisations

Notion(s) à améliorer (plusieurs réponses sont possibles)

Endurance Renforcement musculaire Assouplissements Équilibre

Intensité maximale

Légère Modérée Soutenue

Si possible, précisez la fréquence cardiaque maximale :

Précautions particulières à prendre :

- En fonction des limitations fonctionnelles (déficience locomotrice, cérébrale, sensorielle, douleurs...)
- En fonction des conditions environnementales à éviter (chaud/froid, pollution)
- En fonction de traitements pouvant influencer sur l'adaptation à l'effort
- En fonction de contre-indications temporaires à respecter

Précisez ici :

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

Limitation fonctionnelle

Aucune Minime Modérée Sévère

Fait à.....

Le.....

Tampon et signature du médecin

Contacts et renseignements :

Anne-Sophie RICHARD : 06.33.06.91.78

Amélie LETIENNE : 07.79.13.64.56