



Certificat médical

Préalable à la pratique de l'Activité Physique

Je soussigné(e), Docteur certifie avoir examiné M/Mme né(e) le et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique de l'activité physique non compétitive dans le cadre de la prescription médicale ci-dessous.



Prescription d'Activité Physique

Programme de lutte contre la sédentarité	Programme d'Activité Physique Adaptée			
		Activités en aérobie	Renforcement musculaire	Etirements équilibre
<i>Je souhaite que mon patient bénéficie d'un accompagnement pour augmenter son niveau quotidien d'activité physique et adopter un comportement non sédentaire</i> <input type="checkbox"/>	FREQUENCE (nb de jours par semaine)			
	DUREE (par jour) en minutes			
	INTENSITE (douce, modérée, élevée)			

<p>Degrés de limitation</p> <p>Aucune <input type="checkbox"/></p> <p>Minimes <input type="checkbox"/></p> <p>Modérées <input type="checkbox"/></p> <p>Sévères <input type="checkbox"/></p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>Patient(e) reconnu(e) en A.L.D. <input type="checkbox"/></p> </div>	<p>Articulations à ne pas solliciter :</p> <p><input type="checkbox"/> Rachis <input type="checkbox"/> Epaule <input type="checkbox"/> Hanche / Préciser la latéralité si besoin : <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Cheville </p> <p>Actions à éviter :</p> <p><input type="checkbox"/> Courir <input type="checkbox"/> Porter <input type="checkbox"/> S'allonger sur le sol</p> <p><input type="checkbox"/> Sauter <input type="checkbox"/> Pousser <input type="checkbox"/> Se relever du sol</p> <p><input type="checkbox"/> Marcher <input type="checkbox"/> Tirer <input type="checkbox"/> Mettre la tête en arrière</p> <p>Arrêt en cas de :</p> <p><input type="checkbox"/> Fatigue</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur</p> <p><input type="checkbox"/> Essoufflement</p> <p>Autre :</p>
---	--

Date : _____ Tampon et signature du médecin



Fiche patient

Date :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Mail : Sexe : Femme Homme

Adresse :

Code postal / Ville :

Pathologie principale :

Autre(s) pathologie(s) :

Poids : kg

Taille : m

Périmètre abdo : cm

Traitements médicaux (interférant sur la pratique d'APS : anticoagulant, anti-hypertenseur...) :

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

Les encadrants sportifs intervenants dans le cadre du dispositif d'accompagnement du patient ont obligatoirement les diplômes et prérequis relatifs au décret sport sur ordonnance selon le cadre en vigueur. Sont priorités les éducateurs sportifs engagés dans une démarche de formation continue assurée par efFORMip.

Commentaire(s) / Remarque(s)

Fait à le

.....

Tampon et signature du médecin