

DISPOSITIF SPORT SUR ORDONNANCE RECOMMANDATION DU MÉDECIN À RENSEIGNER PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Je soussigné(e), Docteur certifie avoir examiné ce jour
M/Mme né(e) le ... / ... / et constate que son état de santé nécessite
la pratique d'une activité physique et/ou sportive dans les conditions de la présente description.

Prescription d'activité physique

• Privilégier ce(s) type(s) d'activité(s) :

- Endurance cardio-respiratoire
- Renforcement musculaire
- Souplesse
- Aptitudes neuromotrices
- Autre(s) :

• Intensité recommandée :

- Douce
- Modérée
- Élevée

Préconisation de à séances
de à minutes par semaines

Informations complémentaires :

• Restrictions d'activité :

Efforts à ne pas réaliser/à limiter :

- Endurance Vitesse Résistance

Articulations à ne pas solliciter (préciser la latéralité si besoin) :

- Rachis Épaule Hanche Genou Cheville

Ne pas / Éviter de :

- Courir Porter S'allonger sur le sol Sauter Pousser
- Se relever du sol Marcher Tirer Mettre la tête en arrière

Vigilance et arrêt en cas de :

- Fatigue Douleur Essoufflement

Autre :

Informations complémentaires pour sécuriser la pratique

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

Date :

Tampon et signature du médecin :

Le participant de l'activité physique doit vérifier avant de débiter sa séance de :

- disposer de son matériel de contrôle et de sécurité
- disposer de son kit d'intervention en cas de besoin et de directives

Le participant sait qu'il peut arrêter à tout moment l'activité en cours et signaler toute difficulté.

Cette prescription a valeur de certificat médical d'absence de non contre-indication uniquement dans les conditions et avec les restrictions prévues dans le présent document. Elle ne peut valoir certificat médical pour une pratique sportive en compétition. La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.