

# PRESCRIPTION

Je soussigné(e), Docteur ....., le ...../...../.....

Certifie avoir examiné ce jour Mme, M ..... et constate que son état de santé nécessite la pratique d'activité physique.

L'entreprise / Le Professionnel (*ex : MK=Masseur-Kiné, APA-S, ou nom particulier*)  
..... Bénéficie des compétences d'enseignements  
requis et me tiendra informé de toutes évolutions de son état de santé.

- Motif de prescription / indication :

.....

- Les capacités à développer par la pratique sont (*cardio-vasculaires, renforcement musculaire...*) :

.....

.....

.....

- Le nombre de séances hebdomadaires souhaités sont : .....

- La durée de validité de cette ordonnance est de : .....

Elle est renouvelable (*nb de fois ou à l'infini*) : .....

- Les spécificités du patient, sa ou ses pathologies, son traitement pouvant interférer avec la pratique :

.....

.....

Fait à : ....., le...../...../.....

Signature et Cachet

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur ....., le ...../...../.....

Certifie qu'à ce jour Mme, M .....

Ne présente pas de contre-indication à la pratique d'Activités Physiques Adaptées  
*(sous réserve que celle-ci soit enseignée par un professionnel formé à l'APA : MK, APA-S).*

Présente les restrictions ou les contre-indications suivantes :

---

---

---

---

---

---

Fait à : ..... , le...../...../.....

Signature et Cachet