

# CERTIFICAT DE PRESCRIPTION ET DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)



Tampon du médecin

NOM – Prénom du patient

Date de naissance

N° tel

- Je prescris une activité physique adaptée
- Je prescris une activité physique adaptée associée à un programme d'éducation thérapeutique

**Limitation fonctionnelle :**  absence  minime  modérée  sévère

### Préconisation d'activité et recommandations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Document remis au patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Date : ...../...../.....

Signature du médecin

Maison Sport Santé PLANETH Patient  
Tél : 09.74.90.50.50 - www.planethpatient.fr  
Email : mssplaneth@planethpatient.fr

