

**Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants dans le cadre du dispositif
« Activités Physiques et Santé 77 »**

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Je lui prescris donc :

- L'ensemble des activités physiques et/ou sportives adaptées proposées par le CSB Sport Santé

Ou

- Mobilité et postures
 Renforcement musculaire
 Marche nordique
 Boxe thérapie

Préconisations d'activité physique adaptée et recommandations

.....
.....

Précautions particulières sur

- Appareil locomoteur
 Cardio-vasculaire
 Cutané et infectieux
 Chute et risque de fracture
 Autres :

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire² :

.....

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.

Lieu :

Date : / /

Cachet et signature :

¹ Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD

² Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée).



Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activité physique

Je soussigné(e), , Docteur en médecine,

Certifie avoir examiné(e),

Madame, Monsieur

Né(e) le / /

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique et/ou sportive adaptée proposée par le CSB Sport Santé

Dans le cadre :

- D'une maladie chronique
- D'une affection longue durée
- D'une reprise d'activité physique
- Autres :

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres.

Lieu :

Date : / /

Cachet et signature :

--