

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION MEDICALE D'ACTIVITE PHYSIQUE

Nom et prénom du patient : .....

Je soussigné, Dr .....

prescris une activité physique et/ou sportive à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisations d'activité(s) et recommandations, contre-indications et restrictions :

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

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

*Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques (pouvant inclure des activités sportives), et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.*

Fait à ....., le .....

**Tampon du médecin**

**Signature**

**Document à remettre au patient pour prendre contact avec**  
**Céline Bouchet, enseignante en Activité Physique Adaptée Prescirmouv' à Poitiers**  
**07.71.64.17.60**

*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.*

*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).*