

Patient

NOM :

Prénom :

DDN :

Date :

Prescription médicale pour de l'Activité Physique Adaptée.**Pathologie(s) / Indication(s) médicale(s) :**
.....**Types d'activités recommandées :**

- ☐ Renforcement musculaire
- ☐ Endurance / Réentraînement à l'effort
- ☐ Equilibre / Proprioception / Coordination
- ☐ Mobilité / Posture
- ☐ Relaxation / Respiration / Douleur
- ☐ Autre(s) :

Fréquence recommandée (*adaptable en fonction de l'évolution du patient*) :

- ☐ 1 fois / semaine
- ☐ 2 fois / semaine
- ☐ 3 fois / semaine
- ☐ Autre :

Durée (*adaptable en fonction de l'évolution du patient*) :

- ☐ 10 séances
- ☐ 20 séances
- ☐ Autre :

Précautions / Contres indications :

- ☐ Limitation(s) cardiaque(s) :
- ☐ Limitation(s) orthopédique(s) :
- ☐ Limitation(s) cognitive(s) :
- ☐ Autre(s) :

Remarque(s) :
.....
.....**Prescripteur :** NOM / Cachet - Signature