

**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