

Prescription en lien avec une ALD et/ou maladie chronique :

- Oui
- Non

Je soussigné(e), .....docteur en médecine exerçant à .....  
certifie avoir examiné ce jour Mme, M.....  
Né(e) le .....

**Ne présentant pas de limitations fonctionnelles sévères.**

Et constaté que son état de santé nécessite la pratique d'une activité physique dans les conditions de la présente prescription.

Validité un an à compter de ce jour.

**PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE**

**Type(s) d'activité(s) à privilégier**

- Endurance cardio-respiratoire
- Renforcement musculaire
- Souplesse
- Equilibre
- Autres :

**Intensité recommandée**

- Légère
- Modérée
- Elevée

**Préconisation**

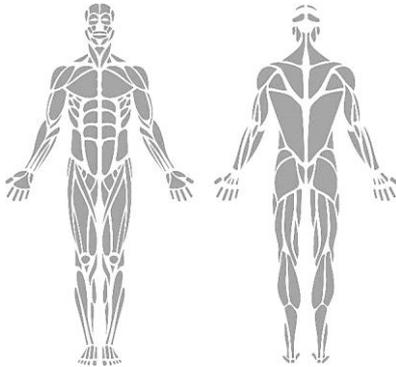
- 1 séance de 60min/semaine
- 2 séances de 60min/semaine
- 3 séances de 60min/semaine

**RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ**

**Articulations à ne pas solliciter**

- Rachis
- Epaule
- Hanche
- Genou
- Cheville
- Poignet

*Préciser la latéralité si besoin*



**Efforts à ne pas réaliser**

- Endurance
- Vitesse
- Résistance

**Actions à ne pas réaliser**

- Courir
- Sauter
- Marcher
- Porter
- Pousser
- S'allonger au sol
- Se relever du sol
- Mettre la tête en arrière

**Arrêt en cas de**

- Fatigue
- Douleur
- Essoufflement

Fréquence cardiaque  
à ne pas dépasser :  
..... BPM

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES  
POUR SECURISER LA PRATIQUE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : .....

Cachet et signature :

Contact plateforme sport santé bien être : 04 68 90 30 18

Toutes les activités proposées sont adaptées aux capacités de chacun et encadrées par des éducateurs formés et diplômés

