

## Prescription d'Activités Physiques Adaptées (A.P.A.)

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie que l'état de santé de

Melle /  Mme /  M

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

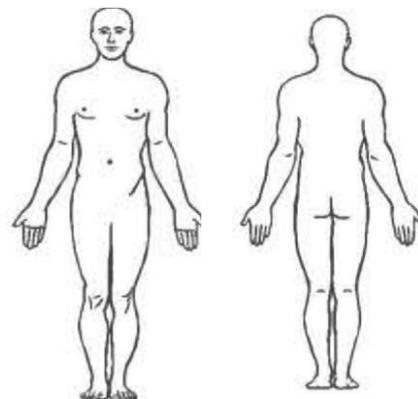
Observé(e) ce jour, est compatible avec la pratique d'Activités Physiques et ou Sportive Adaptées. En l'absence de signe clinique apparent contre-indiquant, je l'autorise en conséquence à pratiquer les activités suivantes :

Activité physique progressive et régulière,

Activités souhaitées :.....  
.....

**En évitant** (Précautions particulières : appareil locomoteur, cardiovasculaire, respiratoire, neurosensoriel vision, audition, équilibre. Contre-indications. Activités déconseillées.) :

Sur les personnages ci-contre, indiquez où se situent les douleurs ou fragilités



**Incluant :**

Informations complémentaires :  ALD  Maladie Chronique  CSS  GIR : ...

Je souhaite avec l'accord du patient avoir des retours sur son accompagnement individualisé :

Contact personnel : **Mail :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_

Fais à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature et Cachet



**L'Apas**serelle  
*anté, vous bougez!*

Apasserelle, Santé, vous bougez ! - MAISON SPORT SANTE

212 Rue Lezay Marnesia – 39320 Val Suran

Mail: contact@apasserelle-sante-vousbougez.fr - Tel: 06 74 33 43 23

www.apasserelle-sante-vousbougez.fr