

PRESCRIPTION MÉDICALE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Je soussigné(e),

Déclare avoir examiné ce jour:

Né(e) le:

Et avoir constaté un intérêt thérapeutique de la pratique d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive.

Je prescris une prise en charge en activité physique adaptée pour une durée de 12 mois maximum. *Cette prescription médicale tient lieu de certificat de non contre indication.*

Motif de la demande de pris en charge:

Recommandations particulières (*adaptations thérapeutiques, vigilance particulière à apporter, signes cliniques à repérer amenant à consulter de nouveau...*)

- J'informe le patient que je suis disposé à suivre l'évolution de sa pratique d'activité physique adaptée.
- Je délègue aux maisons sport santé partenaires le bilan éducatif personnalisé et l'orientation de mon patient.
- Je demande aux maisons sports santé partenaires de m'informer:
 - d'un éventuel refus de mon patient
 - des modalités de prises en charge qui lui sont proposées
 - de la fin de sa prise en charge
- J'informe le patient que les séances d'activité physique adaptée ne sont pas remboursées par l'assurance maladie. Certaines mutuelles peuvent néanmoins prendre en charge une partie des séances.

Fait à:
Le:
Signature du médecin:

	<p>Maison sport santé de Bligny</p>	<p><i>Centre Hospitalier RUE DE BLIGNY 91640 BRIIS-SOUS-FORGES</i></p> <p>01 69 26 38 62</p>
	<p>Maison sport santé EssNo</p>	<p><i>Établissement de santé Chemin de la Martinière 91400 Saclay</i></p> <p>07 64 39 16 17</p>
	<p>Maison sport santé Paris Saclay Omnisport</p>	<p><i>4 bis avenue des Cévennes 91940 Les Ulis</i></p> <p>01 69 07 93 70</p>