

Certificat de prescription d'activité physique



Je prescris une activité physique régulière et adaptée pour mon patient atteint d'une Affection de Longue Durée (ALD).

Je soussigné(e).....

Docteur en médecine exerçant à

Certifie avoir examiné ce jour Mr/Mme.....

Né(e) le atteint(e) d'une ALD type :

Et ne présente pas à ce jour de contre indication à la pratique d'une Activité physique adaptée et encadrée par un professionnel référencé (*d'après le décret n° 2016-1990 du 30/12/2016, relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée*).

Les informations à prendre en compte pour sa pratique sont :

-
-
-

Cette ordonnance est valable pour une prise en charge de séances ou mois (*raier la mention inutile*) à compter de la date d'inscription en structure.



Fait à

Le

Commentaire(s) ou remarque(s) particulière(s) :

.....
.....
.....