



Partie destinée au médecin

Tampon du médecin

Date :/...../.....

Nom et prénom du patient :

Date de naissance du patient : ☐ Homme ☐ Femme

Je prescris une activité physique adaptée, pour une durée de (la durée de prescription est de 3 à 6 mois renouvelable - Article D. 1172-2 du CSP.), à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisations d'activité, selon les référentiels d'aide à la prescription d'activité physique lorsqu'ils existent ([HAS](#)) (type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état de santé du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, fréquence, intensité) :

1. 5 séances par semaine de 30 minutes d'activité physique type marche à 5 ou 6 kilomètres heure
2. 2 séances par semaine de 20 minutes de renforcement musculaire
3. Diminuer la sédentarité (temps passé assis ou couché pendant la journée) à moins de 7 heures avec pour objectif moins de 3 heures

Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte.....

.....

CERTIFICAT MEDICAL

Après examen de M/Mme j'atteste l'absence de contre-indication à :

- ☐ La réalisation d'une évaluation des capacités physiques
- ☐ La pratique d'activités physiques et/ou sportives adaptées à des fins de santé **dans la limite de la prescription médicale ci-dessus**

(Sous réserve de résultats cohérents de l'évaluation et de l'encadrement par un intervenant sportif qualifié garantissant le respect des recommandations transmises.)

Signature du médecin :

Contact coordination PEPS :

Nom :

N° :



Partie destinée au masseur-kinésithérapeute

A compléter par le masseur-kinésithérapeute en cas de renouvellement ou adaptation de la prescription médicale initiale ci-dessus (renouvellement ou adaptation limité à 1 fois), dont le médecin doit être informé (Art. D. 1172-2-1. CSP.).

Tampon du masseur-kinésithérapeute

 Date :/...../.....
--

Nom et prénom du patient :

Date de naissance du patient :☐Homme ☐Femme

☐ Renouvellement de prescription initiale :

Je renouvelle la prescription d'activité physique adaptée ci-dessus pour une durée de (3 à 6 mois maximum)

ou

☐ Adaptation de prescription initiale :

Je prescris les adaptations suivantes (préciser le type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, la fréquence, l'intensité) :

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

pour une durée de (3 à 6 mois maximum)

Signature du masseur-kinésithérapeute :

Ces éléments doivent être versés au dossier médical partagé, avec l'accord du patient.