



MODÈLE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

Date :

Lieu :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée.

Pendant....., à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité et recommandations :

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

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D.1172-2 du Code de la santé publique^{1*}), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire^{2*} :

.....

Document remis au patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Signature et Tampon du médecin

1*Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD.

2*Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en oeuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)



MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL

Date :

Lieu :

Je soussigné(e), Dr

Certifie, après examen que :

Mr, Mme,

Né(e), le/...../.....

Ne présente pas de contre indications à la pratique d'activité physique adaptée.
Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande du patient .

Document remis au patient

Signature et Tampon du médecin

