

ANNEXE 1 : FORMULAIRE SPÉCIFIQUE DE PRESCRIPTION À LA DISPOSITION DU MÉDECIN TRAITANT

NOM DU

PATIENT :

JE PASSERAI UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET / OU SPORTIVE ADAPTÉE PENDANT, À ADAPTER EN FONCTION DE L'ÉVOLUTION DES APTITUDES DU PATIENT.

PRÉCONISATIONS 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 SANTÉ PUBLIQUE), LE CAS ÉCHÉANT DANS LE CADRE D'UNE ACTIVITÉ PLURIDISCIPLINAIRE :

ENSEIGNANT EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ET SANTÉ

.....

DOCUMENTS 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.

LIEU

DATE

SIGNATURE

CACHET PROFESSIONNEL

