PRESCRIPTION
D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)
CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), Dr : .....

Certifie avoir examiné ce jour :

Monsieur, Madame : ....., né(e) le : ...../...../.....

Pathologie principale : .....

Pathologies secondaires : .....

Affection de Longue Durée (ALD) : **OUI / NON** *(Rayer la mention inutile)*

Si OUI, laquelle : .....

Et de ne pas avoir constaté par l'interrogatoire et l'examen clinique, de **contre-indication** à la pratique **d'activité physique adaptée** (APA) au Centre d'APA Mouv'Adapt, encadrée par un Coordinateur en APA.

Je prescris une activité physique adaptée pendant ..... séances, ou à durée indéterminée.

Précautions éventuelles à respecter par le Coordinateur en APA lors de la pratique (intensité, mobilisations, exercices non recommandés, etc.) :

.....

.....

.....

.....

- Prescription/Certificat remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

- La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie. Néanmoins, certaines mutuelles prennent en charge la pratique de l'APA.

- Certificat valable pour une durée d'un an à compter de ce jour

Signature et cachet du médecin

Fait à .....

Le ...../...../.....