Je soussigné(e) Docteur ..... certifie avoir examiné ce jour M./Mme ..... Né(e) le ...../...../..... et constaté que son état de santé nécessite la pratique d'une activité physique et/ou sportive dans les conditions de la présente prescription.

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Privilégier ce(s) type(s) d'activité(s) :

- ☐ Endurance cardio-respiratoire
- ☐ Renforcement musculaire
- ☐ Souplesse
- ☐ Aptitude neuromotrices
- ☐ Autre(s) : .....
  .....

Intensité recommandée :

- ☐ Légère
- ☐ Modérée
- ☐ Élevée

Pratique encadrée de type :

- ☐ Déclic
- ☐ Élan

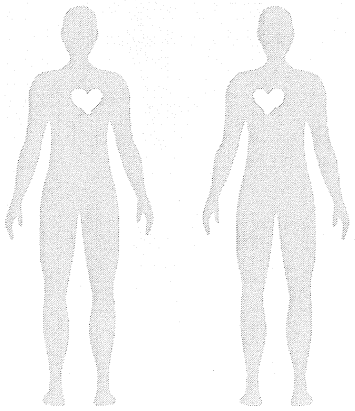
• Préconisation de ..... à ..... séances de ..... à ..... minutes chacune par semaine

• Informations complémentaires :

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

RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ

• Fréquence cardiaque à ne pas dépasser : ..... bpm



Face Dos

☐ Efforts à ne pas réaliser :
- ☐ Endurance
- ☐ Vitesse
- ☐ Résistance

☐ Articulations à ne pas solliciter *(préciser la latéralité si besoin)* :
- ☐ Rachis ☐ Épaule ☐ Hanche
- ☐ Genou ☐ Cheville

☐ Actions à ne pas réaliser :
- ☐ Courir ☐ Porter ☐ S'allonger sur le sol
- ☐ Sauter ☐ Pousser ☐ Se relever du sol
- ☐ Marcher ☐ Tirer ☐ Mettre la tête en arrière

☐ Arrêt en cas de :
- ☐ Fatigue
- ☐ Douleur
- ☐ Essoufflement

☐ Autre.....

OPTIONS D'ORIENTATION

☐ Évaluation complémentaire avant de finaliser l'orientation

☐ Je me charge de l'orientation

☐ Je confie l'orientation au coordonnateur territorial PEPS

Date ...../...../.....
Tampon et signature du médecin :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR SÉCURISER LA PRATIQUE

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