

# PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Je soussigné-e, Docteur : .....

Prescrit à : .....

Date de naissance : ...../...../.....

## Des séances d'Activité Physique Adaptée (APA)

### Dans le cadre du dispositif :

- Sport sur Ordonnance
- En mouvement pour ma santé
- Fit your mind
- Autre : .....

Pour une durée de .....

### Indication :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arthrose           | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle |
| <input type="checkbox"/> BPCO               | <input type="checkbox"/> Lombalgie               |
| <input type="checkbox"/> Cancer             | <input type="checkbox"/> Ostéoporose             |
| <input type="checkbox"/> Dépression         | <input type="checkbox"/> Sarcopénie              |
| <input type="checkbox"/> Diabète de type I  | <input type="checkbox"/> Sédentarité             |
| <input type="checkbox"/> Diabète de type II | <input type="checkbox"/> Burn-out                |
| <input type="checkbox"/> Dyslipidémie       | <input type="checkbox"/> Autre : .....           |

### Remarques et limitations particulières :

.....  
.....

### Rapport de suivi à communiquer à l'adresse mail suivante :

.....

Fait à ....., le ...../...../.....

Cachet et signature du médecin :

