

PRESSCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Je soussigné-e, Docteur :

Prescrit à :

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

Des séances d'Activité Physique

Sous forme de :

- | | |
|--|--|
| ☐ Marche à pied | ☐ Yoga |
| ☐ Faire du vélo | ☐ Pilate |
| ☐ Course à pied | ☐ Mobilité |
| ☐ Natation | ☐ Danse |
| ☐ Renforcement musculaire | ☐ Sport de ballon |
| | ☐ Autre : |

À raison de séances de minutes par semaine.

Avec pour objectif :

.....
.....

Mise au point lors de la prochaine consultation du :/...../.....

Fait à, le/...../.....

Cachet et signature du médecin :

