



Date :/...../.....

Nom du patient :
.....

Age : ans

Je prescris une activité physique et/sportive adaptée.

Absence de contre-indication constatée à l'examen clinique ce jour.

Préconisation d'activité et recommandation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il n'existe pas de prise en charge systématique pour le Sport sur Ordonnance.

Cependant, la dispensation de l'Activité Physique Adaptée peut donner lieu à une prise en charge financière partielle par certaines mutuelles.

Signature :