



Je soussigné Dr
exerçant à

Prescrit un programme d'activités physiques adaptées (APA) à :

NOM : Prénom :
Date de naissance : / / Tel :

Le patient ne présente pas ce jour de contre-indication à la pratique d'activités physiques adaptées à sa pathologie et ne nécessite pas de surveillance particulière.

Objectifs thérapeutiques :

- Améliorer l'endurance Renforcer les muscles Stabiliser le poids
 Améliorer l'équilibre/la coordination Lutter contre le stress/l'anxiété
 Autre :

Contre-indications relatives ou absolues, remarques :

- APA sous ___ L d'O² **OU** en air ambient
 APA possible en groupe (absence de risque infectieux)
 APA possible en extérieur
 Les documents et informations utiles à la mise en place d'une APA ont été remis aux patients (CR de consultation avec pathologies, antécédents...)

Fait à
le / /
Signature

Cachet du médecin



Prestataire Médico-Technique à Domicile