

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Je soussigné, Docteur en médecine

.....

Prescrit à

.....

Des séances d'activité physique adaptée
(programme "Sport sur Ordonnance")

INDICATIONS :

- | | |
|---|--|
| ☐ Arthrose | ☐ Hypertension |
| ☐ BPCO | ☐ Lombalgie |
| ☐ Burn out | ☐ Ostéoporose |
| ☐ Cancer | ☐ Sarcopénie |
| ☐ Dépression | ☐ Sédentarité |
| ☐ Diabète de type I | ☐ Surcharge pondérale |
| ☐ Diabète de type II | ☐ Autre : |
| ☐ Dyslipidémie | |

REMARQUES ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES :

- | | |
|--|--|
| ☐ 1ère prescription | ☐ 2ème prescription |
|--|--|

Date, cachet et signature

Le participant autorise le professionnel de l'activité physique qui encadre les séances à avoir accès aux données reprises sur ce document.