



## MAISON SPORT SANTE PORTE DE L'ISERE

### FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

Nom du patient : \_\_\_\_\_

#### **Je prescris une activité physique adaptée**

Pendant \_\_\_\_\_ , à la Maison Sport-Santé Porte de l'Isère,  
à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

#### **Préconisations d'activité physique adaptée et recommandations :**

---

---

---

#### **Précautions particulières sur :**

- Appareil locomoteur \_\_\_\_\_
- Cardio-vasculaire \_\_\_\_\_
- Cutané et infectieux \_\_\_\_\_
- Chute et risque de fracture \_\_\_\_\_
- Autres \_\_\_\_\_

Les bénéficiaires sont invités à se renseigner auprès de leur CPAM et leur  
mutuelle pour une éventuelle prise en charge (sous conditions)

Lieu : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature/cachet professionnel :