

Je soussigné(e) Dr :

Demeurant à :

Spécialité :

Atteste ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents évocateurs de contre-indication médicale
à la pratique d'une activité physique et sportive adaptée,

pour **Madame/Monsieur**

Né(e) le

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée pendant/jusqu'à,
à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

RECOMMANDATIONS POUR L'ADAPTATION DE LA PRATIQUE

(à renseigner par votre médecin)

Fréquence :

.....

Durée :

.....

Intensité :

.....

Type d'exercice :

.....

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique et sportive adaptée (en référence à
l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique) :

.....

Document remis au patient

Fait à

Le

Signature :

Cachet professionnel :



EXAGYM - SPORT SANTÉ

15 Rue Charles de Gaulle – 42300 ROANNE – ☎ 04 77 72 96 60 – 🌐 www.exagym.fr – ✉ adubois@exagym.fr