

Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins

Tampon du Médecin	
--------------------------	--

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant....., à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité et recommandations

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (en référence à l'Article D.1172-2 du Code de la santé publique*) :

Une consultation médicale d'évaluation est prévue le.....
avec votre compte rendu remis par votre intervenant.

Document remis au patient

Lieu

date

signature

cachet professionnel

– Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD
– Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)