

# MAISON SPORT SANTÉ D'ANGLLET



## Prescription Médicale d'Activité Physique Adaptée

Je soussigné(e) Docteur ..... certifie avoir examiné ce jour M./Mme ..... né(e) le .... / .... / ..... et constaté que son état de santé nécessite la pratique d'une activité physique adaptée dans les conditions de la présente prescription.

### Objectifs médicaux de prise en charge

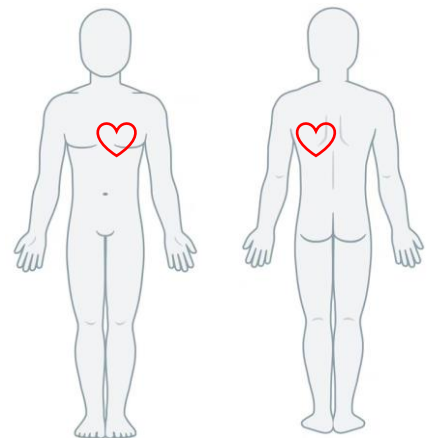
- Perte de poids
- Adaptation cardiorespiratoire
- Assouplissement
- Renforcement musculaire
- Mobilité articulaire
- Relaxation / Bien-être
- Équilibre / prévention des chutes
- Autres : .....

### Observation(s), contre-indication(s), précaution(s)

Fréquence cardiaque à ne pas dépasser : ..... bpm

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Désignez où se situent les douleurs ou fragilités :



Fait à ....., le .... / .... / .....  
Signature du médecin :



## Mes informations personnelles :

Madame  Monsieur

Prénom : .....

Nom : .....

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Tel : .....

Mail : .....@.....