

ROMANS BOUGE POUR VOTRE SANTE

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Je soussigné(é).....

Docteur(e) en médecine (spécialité)

Exerçant à

Certifie avoir examiné ce jour M/Mme

Né(e) le :

Et prescrit une activité physique à adapter¹ en fonction de l'évolution des aptitudes du patient dans le cadre des pathologies³ comprises dans le dispositif « Sport-Santé sur Ordonnance » de la Ville de Romans sur Isère ².

Préconisations d'activités et recommandations à l'attention des enseignants sportifs formés Sport Santé sur Ordonnance :

.....

.....

.....

Taille : _____ Poids : _____ Tour de taille :

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Valable pour une durée de 1 an à compter de ce jour.

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

(Obligatoire)

Fait à :

Le :

¹ - Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin à des patients atteints d'une ALD.

² - Concerne les patients ne présentant aucune ou des limitations modérées des phénotypes fonctionnels des patients atteints d'affection longue durée ou maladie chronique.

³ - La loi du 2 mars 2022 sur la démocratisation du sport a étendu les bénéficiaires visés aux « personnes atteintes d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie ». Le texte permet la prescription de l'APA par tous les « médecins intervenant dans la prise en charge des patients concernés » par ces nouvelles dispositions législatives.