

# Certificat d'absence de contre-indication et de prescription d'activité physique adaptée



A remplir par le Médecin

A l'intention de l'intervenant en activité physique

Remis en main propre au patient le .... / .... / .....  
Signature et cachet du médecin :

1) Je soussigné(e) ..... docteur en médecine,  
certifie avoir examiné Mme/M (lettre capitales) ..... , né(e) le .....

et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée<sup>1</sup> dans les conditions ci-dessous.

2) Je prescris à Mme/M ..... une **activité physique adaptée**<sup>1</sup> supervisée pendant ..... , à une fréquence hebdomadaire et à une intensité à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient, qui l'amènent progressivement vers celles recommandées, en privilégiant le développement des capacités suivantes :

- Cardio-vasculaires
- Musculaires
- Souplesse
- Equilibre
- Coordination

Cette pratique devra être supervisée par un **intervenant qualifié** ayant les compétences requises conformément à l'instruction ministérielle, pour encadrer des patients présentant la limitation fonctionnelle suivante :

- Aucune
- Minimale
- Modérée
- Sévère

Dénomination de la pratique sportive (si nécessaire): .....

### 3) Préconisations particulières et compléments d'information à l'intention de l'intervenant, permettant d'adapter et de sécuriser la pratique :

Exemples non exhaustifs : activités avec le poids du corps ou charges légères, pas de sport à risque de chute et/ou de collision, éviter les efforts en ambiance froide, éviter les efforts statiques intenses, ne pas dépasser une intensité modérée, traitement à prendre en compte etc...

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

<sup>1</sup> 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.