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 et/ou sportive dans les conditions de la présente prescription.

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Privilégier ce(s) type(s) d'activité(s) :

- ☐ Endurance cardio-respiratoire
- ☐ Renforcement musculaire
- ☐ Souplesse
- ☐ Aptitude neuromotrices
- ☐ Autre(s) : .....
  .....

Intensité recommandée :

- ☐ Légère
- ☐ Modérée
- ☐ Élevée

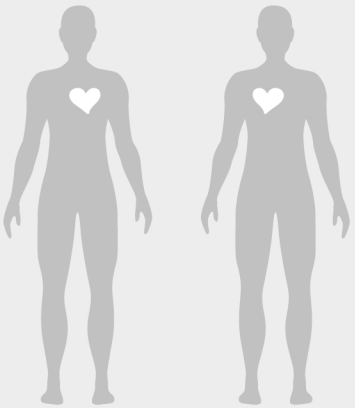
• Préconisation de ..... à ..... séances de ..... à ..... minutes chacune par semaine

• Informations complémentaires :

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

RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ

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



Face Dos

- ☐ Efforts à ne pas réaliser :
  - ☐ Endurance
  - ☐ Vitesse
  - ☐ Résistance
- ☐ Articulations à ne pas solliciter *(préciser la latéralité si besoin)* :
  - ☐ Rachis ☐ Épaule ☐ Hanche
  - ☐ Genou ☐ Cheville
- ☐ Actions à ne pas réaliser :
  - ☐ Courir ☐ Porter ☐ S'allonger sur le sol
  - ☐ Sauter ☐ Pousser ☐ Se relever du sol
  - ☐ Marcher ☐ Tirer ☐ Mettre la tête en arrière
- ☐ Arrêt en cas de :
  - ☐ Fatigue
  - ☐ Douleur
  - ☐ Essoufflement
- ☐ Autre.....

☐ **Ne présente pas de contre-indication à la pratique de l'Activité Physique**

TEMEA SPORT SANTE

Date ...../...../.....
Tampon et signature du médecin :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR SÉCURISER LA PRATIQUE

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