

PRESCRIPTION APA

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 ADAPTEE

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

- Endurance cardio-respiratoire
- Renforcement musculaire
- Souplesse
- Aptitude neuromotrices
- Autres

Intensité recommandée :

- Légère
- Modérée
- Élevée

Pratique encadrée de type :

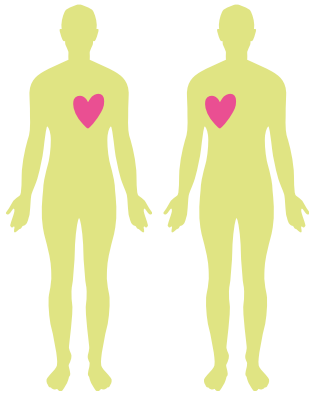
- Déclic
- Élan

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

Informations complémentaires :

RESTRICTION 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 : _____

OPTIONS D'ORIENTATION

- Évaluation complémentaire avant de finaliser l'orientation
- Je me charge de l'orientation
- Je confie l'orientation au coordinateur territorial PEPS

Date et tampon ou signature du médecin :

Évaluation Pep'S tous les mardis après-midi sur RDV

Salles des associations
70 bis ave de la Mairie
33950 Lacanau

Coordnatrice PEPS Gironde

Marion PFEIFFER
 06 24 59 97 94
 coordo-gironde@peps-na.fr
 www.peps-na.fr