

## FORMULAIRE SPECIFIQUE DE PRESCRIPTION

<b>Tampon du médecin</b>	
--------------------------	--

Date : .....

Nom du patient : .....

Je prescris une activité physique et / ou sportive adaptée

Pendant ....., à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité et recommandations

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

Type d'intervenant appelé à dispenser l'activité physique en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique \*), le cas échéant dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

*Maxence COLLAS, Moniteur diplômé de tennis et ayant satisfait à toutes les formations nécessaires pour être reconnu par la Fédération Française de Tennis*

Document remis au patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas (pour le moment) donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu

Date

Cachet et signature du professionnel

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