

Prescription Activité Physique Adaptée

Tampon et signature du médecin prescripteur :

DATE :

Nom et prénom du patient :

âge du patient :

Je prescris une activité physique adaptée avec une fréquence et une intensité à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient

limitation fonctionnelle : aucune minime modérée sévère

Préconisation du type d'activité et recommandations :



02.33.69.10.05

contact@santesportsudmanche.fr

