

**PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE
FORMULAIRE SPECIFIQUE A LA DISPOSITION DES MEDECINS TRAITANTS**

Tampon du Médecin

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendantà adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient

Préconisation d'activité et recommandations :

Intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique : en accord avec l'art D. 1172-2 du Code de la santé publique¹ , le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.²

DOCUMENT REMIS AU PATIENT

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie

Lieu **date** **signature** **cachet professionnel**

¹ 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

² Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)