

Tampon du Médecin	
-------------------	--

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique ou/et sportive adaptée

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

Préconisation d'activité et recommandations

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

Types d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D 1172-2 du Code de la santé publique (1), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

.....

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 adaptés 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/AE3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L1172-1 et D1172-1 à D1172-5 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.