

# PRESCRIPTION

## d'activité physique adaptée

Je soussigné :

.....  
Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,  
Mr/Mme :

.....  
À la date de ce jour, je n'ai pas constaté de signes cliniques  
apparents contre-indiquant la pratique d'activité physique.

Remarques et précautions particulières :

.....  
.....  
.....  
Je prescris une activité physique adaptée pendant :

- 3 mois (1x un module de 12 à 14 séances) ;
  - 6 mois (2x un module de 12 à 14 séances) ;
- À adapter en fonction de l'évolution des aptitudes.

Le bilan individuel réalisé avant les séances collectives me  
sera communiqué :

- Par courrier ;
- Par mail ;
- Via le RSW.

Certificat établi avec le bénéficiaire et remis en main propre  
dans le cadre du projet pilote Chronilux..

Fait à ..... , le ..... / ..... / .....

Signature et cachet du médecin prescripteur

# PRESCRIPTION

## d'activité physique adaptée

# ChroniACTIV'

### **Indications :**

- Prévention primaire ou secondaire des maladies cardiovasculaires stabilisées
- Diabète
- Obésité (BMI Supérieur à 30)
- Syndrome métabolique
- Hypertension artérielle stabilisée
- Insomnie chronique
- Post-infarctus (non récent)
- Ostéoporose
- Arthrose
- Reconditionnement après traitement des cancers
- Fibromyalgie
- Maladie Neuro dégénérative
- Dépression chronique

### **Informations médicales essentielles :**

Poids : .....

Taille : .....

Tension artérielle : .....

Fréquence cardiaque au repos : .....

### **Bilan préalable réalisé :**

- Cardio-vasculaire
- Respiratoire
- Nutritionnel
- Autre : .....