

Je, soussigné.e, Dr

prescrit une activité physique et/ou sportive adaptée à :

Nom:.....Prénom:..... Né(e) le:

J'atteste de son aptitude et de la bonne indication au sport-santé.

Les objectifs recherchés (cochez la ou les cases) :

PHYSIOLOGIQUES

- ☐ Renforcement musculaire
- ☐ Equilibre et proprioception
- ☐ Souplesse et mobilité articulaire
- ☐ Capacité cardio-respiratoire
- ☐ Perte de poids
- ☐ Autres :

PHYCHOSOCIAUX

- ☐ Gestion du stress
- ☐ Travail cognitif
- ☐ Estime de soi / Bien-etre
- ☐ Création de lien sociaux
- ☐ Favoriser la réinsertion socioprofessionnelle
- ☐ Autres :

DEMANDE DE BILAN MEDICO-SPORTIF INITIAL

A compléter au moment de la visite de prescription par le médecin afin d'adapter au mieux la pratique d'activité physique et faciliter la réalisation du bilan initial qui vous sera adressé.

Données anthropométriques :

Poids:..... Taille :

IMC :

Indications sur les pathologies (et complications éventuelles) pour lesquelles l'activité est prescrite.....

prescrite:

Antécédents médicaux significatifs:

.....

Antécédents chirurgicaux significatifs:

.....

Traitements médicamenteux: ☐ Oui ☐ Non

Si oui quels sont les effets secondaires à prendre en compte ?

.....

Fait le...../...../20....., à.....

Signature du médecin prescripteur

Cachet du médecin