

A compléter par le médecin

Fiche de prescription

Je soussigné,, docteur en médecine, certifie avoir interrogé
et examiné ce jour Mme./M.,
né(e) le et domicilié(e) à.....

Atteint(e) d'une pathologie chronique de type :

- cardiovasculaire pulmonaire oncologique métabolique rachidienne
 neurologique
 autre

Préciser :

Ayant terminé sa revalidation en milieu hospitalier, il/elle n'est pas encore prêt à réintégrer un club sportif local classique.

1) Il n'y a aucune raison médicale qui puisse contre-indiquer chez elle/lui la pratique du Sport sur Ordonnance à Chaufontaine.

2) Je lui prescris la pratique d'activités physiques au sein du programme Sport sur Ordonnance Chaufontaine en veillant aux points suivants :

La pratiquante /le pratiquant **NE DOIT PAS** réaliser les actions suivantes :

- Marcher Courir Sauter Pousser Porter Mettre sa tête en arrière
 Attraper Lancer Autres :.....

Elle/il **NE DOIT PAS** solliciter les articulations suivantes :

- Rachis Hanches Genoux Chevilles Epaules Autres :

Autres attentions particulières :

Contre-indication absolue aux activités suivantes :

Fait à :

Date :

Signature du médecin

Cachet du médecin