

# Formulaire d'indication à l'Activité Physique Adaptée

Je certifie ce jour avoir examiné ce jour...../...../.....

Mr/Mme.....  
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique d'activité physique adaptée et indique même que son état de santé nécessite la réalisation de cette thérapie de façon encadrée et sécurisée pendant 3 mois minimum, à adapter en fonction de l'évolution de ses aptitudes, après bilan complet réalisé par un professionnel agréé.

Pathologie principale nécessitant une APA :

.....  
.....

Comorbidités ou pathologies orthopédiques associées :

.....  
.....

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit. *(La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie).*

Cachet et signature du praticien :

Afin de vous adresser le bilan de l'accompagnement de votre patient s'il en fait la demande, merci d'indiquer en MAJUSCULE votre adresse mail :

.....@.....