

Prescription d'activité physique adaptée

- **Nom et prénom** du bénéficiaire :
- **Je prescris une activité physique adaptée pour une durée de :**
(La durée de la prescription est renouvelable et à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du bénéficiaire)
 - 3 mois
 - 6 mois
 - 1 an
- **Préconisations et recommandations :**
 - exercices d'endurance
 - exercices de renforcement musculaire
 - exercices d'équilibre
 - exercices de coordination
 - exercice de souplesse / mobilité
 - autres :

Fréquence, intensité, durée :

- **Précautions particulières sur la :**
 - fonction locomotrice :
 - fonction cardio-respiratoire :
 - fonction cérébrale :
 - fonction sensorielle et douloureux :
 - autres :

- **Certaines des activités suivantes sont-elles totalement contre-indiquées :**

Porter Courir Sauter S'accroupir Se mettre au sol

- **Objectifs principaux**

- Améliorer la fonction cardio-respiratoire
- Se sentir mieux dans son corps
- Réduire le risque de chute
- Reprendre une activité physique
- Créer du lien social
- Autres :
- Augmenter la masse musculaire
- Améliorer son sommeil
- Améliorer sa qualité de vie mental
- Retrouver de la mobilité au quotidien
- Lutter contre la sédentarité

Cette prescription permet au bénéficiaire concerné d'avoir accès à la réalisation d'un bilan de condition physique (entretien et tests de condition physique avec un enseignant en activité physique adaptée).

Fait à : Le : ____ / ____ / ____

Signature du prescripteur