



Quel sport
docteur



FORMULAIRE SPÉCIFIQUE DE PRESCRIPTION À LA DISPOSITION DES MÉDECINS TRAITANTS

Tampon du Médecin	
-------------------	--

DATE/...../.....

- Nom du patient
- Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée
Pendant, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes
du patient.
- Préconisation d'activité et recommandations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique
(en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique¹),
le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire² :

.....

Document remis au patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu date signature cachet professionnel

¹ Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD.

² Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en oeuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée).

IDENTIFICATION DU PATIENT

- Nom
- Prénom
- Date de naissance / /

Médecin traitant



PROFESSIONNELS DE L'APA

.....
.....
.....
.....

MON SUIVI

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....