

Pour prendre rendez-vous : 07 83 46 01 95 • contact@gymouv.com**MÉDECIN PRESCRIPTEUR****PATIENT****Docteur :****Nom :****Exerçant à :****Prénom :**☐ Médecin traitant☐ Autre**Né(e) le :****Téléphone :****E-mail sécurisé :****PATHOLOGIE(S) / CONTEXTE MÉDICAL****Pathologie principale :****Pathologie(s) secondaire(s) / ALD / facteurs de risque :****CERTIFICAT MÉDICAL / PRÉCAUTIONS**

Je certifie n'avoir constaté, à l'interrogatoire et à l'examen clinique, aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques adaptées et recommande les précautions suivantes :

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE☐ 3 mois☐ 6 mois**Autre durée :**☐ Renouvelable

TYPE D'ACTIVITÉ		INTENSITÉ	FRÉQUENCE
☐ Renforcement musculaire	☐ Cardio-respiratoire / endurance	☐ Légère (< 3 METs)	☐ 1 fois / semaine
☐ Équilibre / proprioception	☐ Relaxation / bien-être	☐ Modérée (3 à < 6 METs)	☐ 2 à 3 fois / semaine
☐ Souplesse / mobilité articulaire	☐ Autre	☐ Élevée (> 6 METs)	☐ Plus de 3 fois / semaine

Cette prescription permet au patient de bénéficier d'un bilan d'évaluation de sa condition physique, fonctionnelle et motivationnelle par un professionnel qualifié.

Fait à :**Le :****Signature et cachet du médecin**