

## Certificat d'absence de contre-indication et prescription d'Activités Physiques Adaptées

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ Docteur en Médecine, certifie avoir examiné  
Mme/M. (lettres capitales) \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_\_\_\_ et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la  
pratique de l'activité physique adaptée<sup>1</sup> dans les conditions ci-dessous.

Je prescris à Mme/M. \_\_\_\_\_

Une activité physique adaptée<sup>1</sup> supervisée, pendant \_\_\_\_\_ à une fréquence hebdomadaire et à une  
intensité à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient, qui l'amènent progressivement  
vers celle recommandée en thérapeutique non médicamenteuse

.....

Avis cardiologique sollicité : ☐ oui ☐ non

L'activité prescrite privilégiera le développement des capacités suivantes :

☐ Cardio vasculaires ☐ Musculaires ☐ Souplesse ☐ Coordination/ équilibre

Cette pratique devra être supervisée par un intervenant qualifié ayant les compétences requises,  
conformément à l'instruction ministérielle, pour encadrer des patients présentant le niveau de limitation  
fonctionnelle suivant :

☐ Aucun ☐ Minime ☐ Modéré ☐ Sévère

.....

**Préconisations particulières et complément d'information à l'attention de l'intervenant, permettant d'adapter et  
de sécuriser la pratique** (exemples : type d'efforts à éviter, charge, limitations articulaires, risque de chute  
élevé, ne pas dépasser une intensité modérée, traitements à prendre en compte...)

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

Le patient présente-t-il une indication qui nécessite le renouvellement et l'adaptation de la prescription par un  
médecin ? ☐ Non ☐ Oui (si oui laquelle : .....)

Remis au patient, le :

Signature et cachet du médecin :

## Renouvellement/Adaptation de prescription d'activité physique adaptée initiale

A compléter par le masseur-kinésithérapeute en cas de renouvellement ou adaptation de la prescription médicale initiale ci-dessus (renouvellement ou adaptation limité à 1 fois), dont le médecin doit être informé.

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

.....

### ☐ **Renouvellement de la prescription initiale :**

Je renouvelle la prescription d'activité physique adaptée ci-dessus pour une durée de \_\_\_\_\_ mois (3 à 6 mois maximum).

OU

### ☐ **Adaptation de la prescription initiale**

Je prescris les adaptations suivantes (préciser le type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, la fréquence, l'intensité) :

---

---

---

Pour une durée de \_\_\_\_\_ mois (3 à 6 mois).

.....

**Préconisations particulières et complément d'information à l'attention de l'intervenant, permettant d'adapter et de sécuriser la pratique** (exemples : type d'efforts à éviter, charge, limitations articulaires, risque de chute élevé, ne pas dépasser une intensité modérée, traitements à prendre en compte...)

---

---

---

---

**Signature et cachet du masseur-kinésithérapeute :**