CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION ET DE PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

1) Je soussigné(e), ...
Docteur en médecine exerçant à.....

Certifie avoir examiné
Madame, Monsieur, NOM :.....Prénom :.....
Né(e) le : ...../...../..... A.....

N'avoir constaté par l'interrogatoire et l'examen clinique, aucune contre-indication à la pratique d'activité physique adaptée dans le cadre du programme découverte « BOUGER SUR ORDONNANCE » de la maison sport santé de Maubeuge.

2) Je prescris à Mme/M ..... une activité physique modérée, régulière et adaptée supervisée pendant 3 mois, à une fréquence hebdomadaire et à une intensité à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient, en privilégiant le développement des capacités suivantes :

○Cardio-vasculaires ○Musculaires ○Souplesse ○Equilibre ○Coordination

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

○Aucune ○Minime ○Modérée

**Pour tout complément d'informations concernant les limitations fonctionnelles et les intervenants habilités, se référer aux annexes 2 et 3 de l'INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017*

3) Préconisations particulières et compléments d'information à l'intention de l'intervenant, permettant d'adapter et de sécuriser la pratique :

Exemples non exhaustifs : activités avec le poids du corps ou charges légères, pas de sport à risque de chute et/ou de collision, éviter les efforts en ambiance froide, éviter les efforts statiques intenses, traitement à prendre en compte etc...

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

Etabli à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.
Valable pour une durée de 6 mois à compter de ce jour
Fait à....., le .....
Signature et cachet du médecin

Si vous souhaitez avoir un accès direct au bilan de votre patient ainsi qu'au programme suivi suite à cette prescription, il vous suffit de renseigner votre adresse mail .....@.....
Nous utilisons le logiciel métier GOOVE pour traiter les données de façon sécurisées, les prescripteurs peuvent accéder à certaines informations et échanger avec nos équipes si besoin.

SPORTEZ VOUS BIEN Maison Sport Santé de la ville de Maubeuge –
Centre Multi-Accueil _ 201 rue Emile Verhaeren_ 59600 Maubeuge
03.27.53.43.33 mss-sportezvousbien@ville-maubeuge.fr