



Je, soussigné(e), Dr \_\_\_\_\_ prescrit une activité physique adaptée à Mme, M. \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_ dont les modalités pratiques seront définies au sein de la Maison Sport Santé ASM.

**Précautions**

A proscrire :

- Efforts longs et intenses
- Efforts courts et intenses
- Port de charges lourdes
- Impacts au sol réguliers

Activités à proscrire :

- Aquatiques
- Extérieures
- Avec contacts
- Au sol :
  - Position au sol prolongée
  - Descente au sol répétée

**Difficultés articulaires**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rachis (préciser) : | <input type="checkbox"/> Hanches             |
| <input type="checkbox"/> Epaulés             | <input type="checkbox"/> Genoux              |
| <input type="checkbox"/> Coudes              | <input type="checkbox"/> Chevilles           |
| <input type="checkbox"/> Poignets            | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : |

**Autres précautions ou préconisations**

*(activités, intensité, durée, fréquence, environnement...)*

**En tant que médecin**, je souhaite être informé(e) du parcours suivi par mon patient :

- Oui
- Non

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Fait à :

Date :

Cachet et signature du médecin :