



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...)

Fait à :

Date :

Cachet et signature du médecin :

Adresse mail médecin : _____