



**SPORT
ADAPTÉVASION**
LA PASSION DU SPORT POUR TOUS

SAISON
2021/2022

Votre médecin dit OUI à l'activité physique

BOUGEZ

SUR

ORDONNANCE®

Maladie Chronique
Affection longue durée
Pathologie cardiaque
Diabète - Obésité
Cancer

Prescription
Evaluation
Prise en charge
Orientation
Suivi



www.sport-adaptevasion.com

**Sport Adaptévasion
Maison sport / santé**

32 rue de verdun 77181 Le Pin

Téléphone : 07 81 15 85 96 - 06 63 84 80 31

Mail : sport.adaptevasion@yahoo.com



Vous êtes porteur(se) d'une pathologie chronique et/ou d'une ALD?



Demandez à votre médecin une prescription en activité physique adaptée (ci-contre)

Contactez nous au **07 81 15 85 96 / 06 63 84 80 31**
Nous vous proposerons une évaluation initiale de votre condition physique.



Suivez un programme en activités physiques adaptées, la durée de la prise en charge sera déterminée par l'enseignant en APA.



Gym douce



Cardio Santé



Ré-entraînement à l'effort



Musculation



Marche Nordique



Gym stretching



**Equilibre
Prévention des chutes**



Fitness



Bilan fin de programme et orientation vers



Clubs sportifs ordinaires
Activités à l'année de la maison sport-santé
Clubs Sport Santé partenaires
Pratique autonome

CERTIFICAT DE PRESCRIPTION EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), Docteur en Médecine.....

Exerçant à

- Médecin traitant
- Autre :

Certifie avoir examiné ce jour

Monsieur, Madame NOM : Prénom :

Né(e) le : / / à

Pathologie principale :

Pathologies secondaires :

N'avoir constaté par l'interrogatoire et l'examen clinique, aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques adaptées dans le cadre du dispositif « Prescri'form » mis en place sur Le pin et des activités mises en place par la maison sport-santé sport adaptevasion.

Et recommande concernant la pratique d'activités physiques (type d'activité, intensité, fréquence, volume, etc.) :

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

Précautions éventuelles à respecter par l'enseignant en activité physique adaptée (intensité, mobilisations ou exercices à éviter, etc.) :

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

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

Afin de vous adresser le bilan de l'accompagnement de votre patient via une messagerie sécurisée merci d'indiquer en majuscules votre adresse mail :

.....@.....

CHARTRE PARTICIPANT

Le programme « Prescri'form » est un dispositif mis en place par l'ARS et la DRJSCS en île de France.

Les objectifs principaux sont :

- Améliorer la condition physique.
- Accompagner le sujet vers une reprise d'activité physique régulière.
- Accompagner le sujet vers une réduction des comportements sédentaires.
- Permettre une pratique en autonomie.
- Améliorer la qualité de vie.
- Créer du lien social.

Les objectifs secondaires sont :

- Continuer une activité encadrée.

Les engagements

Je m'engage à :

- Remplir régulièrement le carnet de suivi
- Suivre les séances encadrées dans le cadre du programme « Prescri'form ».
- Poser des objectifs raisonnables en lien avec le professionnel en activité physique.
- Reprendre une activité physique régulière au quotidien.
- Réduire les comportements sédentaires au quotidien.
- Rendre compte à l'enseignant en activité physique de tout problème lié aux séances encadrées.
- Faire un retour au médecin prescripteur de l'expérience vécue dans le cas du programme « Prescri'form ».

Nom :

Prénom :

Déclare adhérer au programme « Prescri'form » et respecter les engagements.

Fait à

, le

Signature