

# Formulaire de prescription d'activité physique adaptée

issu de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017  
relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique

<b>Tampon du Médecin</b>	
--------------------------	--

**DATE :** .....

**Nom prénom date de naissance patient :** .....

**Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée**

**Pendant 3 mois, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.**

**Préconisation d'activité et recommandations**

.....

.....

.....

.....

**Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique<sup>1</sup>), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire<sup>2</sup> :**

.....Enseignant en activité physique adaptée.....

*Document remis au patient*

**Lieu signature cachet professionnel**

1 Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée  
2 Annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017