

PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)

Tampon du médecin

NOM – Prénom du patient

Date de naissance

N° tel

☐ Je prescris une activité physique adaptée

☐ Je prescris une activité physique adaptée associée à un programme d'éducation thérapeutique

Niveau d'atteinte déterminé : ☐ absence ☐ minime ☐ modérée ☐ sévère

Préconisation d'activité et recommandations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Document remis au patient ☐

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Date :/...../.....

Signature du médecin

PLANETH Patient – territoire du Havre
164 rue Florimond Laurent – 76620 LE HAVRE
Tél : 02.35.41.60.10 – www.planethpatient.fr



PLANETH Patient
Plateforme Normande d'Éducation Thérapeutique

