PARCOURS SPORT-SANTÉ • PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

FICHE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE (APA)

Salle de sport adaptée ACTIPHY'T • L'activité physique pour tous

Serge DICHARRY – Enseignant APA (EI)
Diplômé STAPS Activités Physiques Adaptées & Santé
Pôle Santé Alma • 1 Impasse Alma
40390 SAINT-MARTIN-DE-SEIGNANX
Tél. : 07 71 62 55 09 • actiphyt@gmail.com

Cadre réglementaire : prescription d'activité physique adaptée établie au titre des articles **L.1172-1 et D.1172-1 et suivants du Code de la santé publique** (loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 ; décrets n° 2023-234 et n° 2023-235 du 30 mars 2023 ; arrêté du 28 décembre 2023 fixant le modèle de formulaire de prescription), au bénéfice des patients atteints d'une affection de longue durée, d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risque ou en situation de perte d'autonomie. *Le médecin peut utiliser le formulaire officiel de l'arrêté ; la présente fiche en reprend les rubriques principales.*

1. IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR & DU PATIENT

Médecin prescripteur (Dr) : ..... **Commune / RPPS :** .....

Patient(e) – Nom & Prénom : ..... **Date de naissance :** .....

Cadre de la prescription : ☐ Affection de longue durée (ALD) ☐ Maladie chronique / facteurs de risque ☐ Perte d'autonomie / prévention des chutes

2. CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION & OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

Suite à l'examen clinique réalisé ce jour, je certifie que l'état de santé de **M./Mme** ..... ne présente pas de contre-indication à la pratique d'une activité physique adaptée encadrée par un professionnel qualifié (enseignant APA), sous réserve du respect des indications ci-dessous :

OBJECTIFS & ACTIVITÉS PRESCRITES

- ☐ Réentraînement cardio-vasculaire & endurance
- ☐ Renforcement musculaire global / spécifique
- ☐ Équilibre, posture & prévention des chutes
- ☐ Travail de la marche, mobilité & souplesse
- ☐ Coordination motrice, mémoire & réathlétisation

LIMITATIONS FONCTIONNELLES & PRÉCAUTIONS

- ☐ Aucune limitation particulière (adaptation progressive)
- ☐ Limitation articulaire / rachidienne : .....
- ☐ Précaution cardio-respiratoire : .....
- ☐ Trouble neuro-moteur / équilibre : .....
- ☐ Autre vigilance : .....

3. MODALITÉS DE PRATIQUE PRESCRITES

Intensité recommandée	☐ Faible / douce ☐ Modérée ☐ Progressive selon bilan initial & tolérance du patient
Fréquence & durée de séance	☐ 1 séance / sem. ☐ 2 séances / sem. ☐ 3 séances / sem. *(séances encadrées de 1 h à 1 h 30, en petit groupe)*
Durée du programme	☐ **3 mois** ☐ **6 mois** (prescription de 3 à 6 mois, renouvelable) Renouvellement par le médecin : ☐ Oui ☐ Non — indication : .....
Bilans	Le patient bénéficie d'un **bilan de condition physique** et d'un **bilan motivationnel** réalisés par un professionnel qualifié en début et en fin de programme.

4. VOLET MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE – RENOUVELLEMENT OU ADAPTATION

Conformément à l'article **D.1172-2-1** du CSP, le masseur-kinésithérapeute intervenant dans le parcours de soins peut **renouveler une fois** ou **adapter** la prescription initiale d'APA, sauf indication contraire du médecin : ☐ *opposition au renouvellement / à l'adaptation par le kinésithérapeute.*

M./Mme (masseur-kinésithérapeute) : ..... ☐ Renouvellement ☐ 3 mois ☐ 6 mois

☐ Adaptation : .....

CACHET & SIGNATURE DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Fait à : ..... Le : .....

CACHET & SIGNATURE DU KINÉSITHÉRAPEUTE (SI APPLICABLE)

Fait à : ..... Le : .....

Suivi médical & remboursement : les bilans de condition physique et le suivi du programme sont transmis au médecin prescripteur avec l'accord du patient. Les séances d'APA ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie ; elles **peuvent donner lieu à un remboursement selon votre complémentaire santé** sur présentation de la présente prescription et de la facture acquittée délivrée par ACTIPHY'T.