



## Certificat d'absence de contre-indication et de prescription d'activité physique adaptée



Je, soussignée, Dr .....  
certifie avoir examiné Mme, M .....  
et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique  
d'activité physique adaptée dans les conditions ci-dessous.

Je prescris à Mme, M ..... une activité physique  
adaptée :

- Avec une fréquence hebdomadaire de 3 à 7 séances de 20 à 60 minutes pour un temps moyen de 150 à 300 min par semaines.
- Avec une intensité :
  - ☐ Endurance aérobie avec un essoufflement modéré
  - ☐ Autres : .....
  - ☐ Echelle de Borg, ne pas dépasser: .....
- En privilégiant le développement des capacités suivantes :
  - ☐ Renforcement musculaire ☐ Équilibre
  - ☐ Coordination ☐ Souplesse
- En respectant la règle de la non douleur pour les localisations suivantes : .....
- Pendant : ☐ 12 mois ☐ Autres : .....

Cette pratique devra être supervisée par un intervenant qualifié ayant les compétences requises conformément à l'instruction ministérielle, pour encadrer ce patient présentant les limitations fonctionnelles suivantes :

- ☐ Aucune ☐ Minimales ☐ Modérées ☐ Sévères

Préconisations particulières à l'intention de l'intervenant permettant d'adapter et de sécuriser la pratique (exemples non exhaustifs : sécuriser les déplacements à risque, ne pas dépasser une intensité modérée, suivre la saturation en O<sub>2</sub>, privilégier les exercices favorisant l'épargne des membres inférieurs, limiter les séquences d'activités à 70% du TMS, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le

Signature :