



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 Minimes 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 O₂, privilégier les exercices favorisant l'épargne des membres inférieurs, limiter les séquences d'activités à 70% du TMS, etc.)

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

Le

Signature :