

Je soussigné(e) Docteur :

Prescrits une activité physique et/ou sportive adaptée à ajuster en fonction de l'évolution des aptitudes du patient :

Nom :

Prénom :

Préconisations d'activités et recommandations si nécessaire :

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.

Lieu :

Date :/...../ 20.....

Signature :

Cachet professionnel :

**Décret 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant aux patients atteints d'une ALD*

Muni(e) de votre ordonnance, vous pouvez contacter Moselle Mouv' au **03 67 18 15 18**
Qui se chargera de la suite de votre parcours et organisera gracieusement votre prise en charge



2 rue de la Plénière
57420 VERNY



www.mosellemouv.fr



03 67 18 15 18



contact@mosellemouv.fr