



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
*Liberté
Égalité
Fraternité*



Je soussigné(e), Docteur _____
prescris à mon/ma patient(e), une activité physique d'intensité légère à modérée, à adapter en
fonction de l'évolution de ses aptitudes¹.

Nom et prénom du patient : _____

Merci de cocher le(s) critère(s) d'inclusion

Date de naissance : ____ / ____ / ____

☐ Affection de Longue Durée (pathologies relevant de la liste ALD 30)	A
☐ Troubles musculo-squelettiques	B
☐ Troubles persistants suite à une Covid-19	C
☐ Obésité (IMC > 30 kg/m ²)	D

Préciser : _____

Renseignements complémentaires

Préconisations d'activités et recommandations, contre-indications² et limitations fonctionnelles
éventuelles³ :

Fait à _____

Le _____

**Tampon
et signature
du médecin :**

**Document à remettre au patient pour prendre
rendez-vous avec un intervenant Prescri'mouv**

L'accompagnement Prescri'mouv est pris en charge financièrement par l'Agence Régionale
de Santé à l'exception de l'accès aux créneaux d'activité physique pouvant nécessiter
une participation financière dont le montant est défini par chaque structure.