



## Prescription médicale Sport sur ordonnance

Je soussigné Dr..... atteste que  
Mr/Mme .....né(e) le ...../...../.....  
ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable ce jour à la  
pratique d'**Activité Physique Adaptée en Santé (APAS)** dans le cadre de  
sa ou ses pathologies et que son état de santé nécessite une prise en  
charge en **APAS** comme traitement non médicamenteux.

Par conséquent, je prescris  1  2  3 **séances** par semaine d'APAS  
pendant  ..... **mois** OU  **1 an** à adapter en fonction de l'évolution  
des aptitudes du patient.

Fait à :..... Le ...../...../.....

Signature et cachet du praticien

**Maison Sport Santé Toulon - Var Est « APAS'SPORT... un pas vers le sport »**

Présidente : Dr Véronique DI COSTANZO - 04 94 14 52 60 - veronique.di-costanzo@ch-toulon.fr

Coordnatrice : Caroline COLIN-GUIEU - 06 86 54 69 18 - apas.sport.maatis@gmail.com