



Prescription médicale Sport sur ordonnance

Je soussigné Dr..... atteste que
Mr/Mmené(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 des **séances** d'activité physique adaptée 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
Coordinatrice : Caroline COLIN-GUIEU - 06 86 54 69 18 - apas.sport.maatis@gmail.com