



## Formulaire de prescription d'activité physique

Je soussigné(e), Docteur....., prescris une activité physique régulière et modérée.

Certifie avoir examiné ce jour M., Mme, .....

Né(e) le .....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre indiquant la pratique d'activité physique modérée et régulière dans le cadre du dispositif Vital'Action sur le territoire de la Métropole Rouen Normandie.

Précautions et préconisations :

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

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Valable pour une durée d'un an à compter de jour.

Cachet du médecin  
(Obligatoire)

Fait à ....., le.....  
Signature du médecin

*Vital'Action agit avec le soutien de l'ARS Normandie, la CPAM76, de la DRDJSCS Normandie, l'URML Normandie, La Métropole Rouen Normandie*



### Contact et Accueil :

Vital'Action - Maison Médicale (UMR)  
2, Place St Hilaire  
76000 ROUEN  
Tél : 07.86.73.51.16