



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 :

.....

.....

.....

☐ Je prescris de l'ETP associée à l'APA (Education Thérapeutique du Patient)

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)

Téléphone :

Mail :

Fait à , le.....
Signature du médecin

VITAL'Action agit avec le soutien de l'ARS Normandie, de la DRAJES Normandie, l'URML Normandie, La Métropole Rouen Normandie

Accueil et Contact :

Accueil : 18 Rue Marie Curie, 76000 Rouen ou lieux de consultations Grand-Quevilly, Maromme et Franque-Saint-Pierre

Siege social : VITAL'Action, Pôle Santé Sport, 1 Avenue Jacques Chastellain 76100 Rouen
Tél : 06.71.09.63.92 / 07.86.73.51.16