

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

Tampon du médecin :

Date : / /

Nom et prénom du patient :

Je prescris une activité physique adaptée, pour une durée de :

.....

(la durée de prescription est de 3 à 6 mois renouvelable⁽¹⁾), à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient

Préconisations d'activité, selon les référentiels d'aide à la prescription d'activité physique lorsqu'ils existent⁽²⁾ (type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état de santé du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, fréquence, intensité) :

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

Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte :

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

Cette prescription ouvre droit au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel par une personne qualifiée (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, intervenant en activité physique adaptée formé à la réalisation de ces évaluations), à l'entrée puis à la fin du programme d'activité physique adaptée, en référence à l'[article D. 1172-2 du code de la santé publique](#).

Le patient présente-t-il une indication qui nécessite le renouvellement et l'adaptation de la prescription par un médecin ? :

OUI / NON si oui mentionner laquelle :

.....

Signature du médecin :

L'[article D. 1172-2 du code de la santé publique](#) dispose que le médecin établit la prescription médicale initiale d'activité physique adaptée (APA) sur un formulaire spécifique dont le modèle est défini par arrêté du ministère chargé de la santé.

(1) Article D. 1172-2 du CSP. [Décret n° 2023-234 du 30 mars 2023](#) relatif aux conditions de prescription et de dispensation de l'activité physique adaptée.

(2) Se référer au site de la Haute Autorité de santé https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante.

Couleurs APA - 2350 Route des Balmes, 26100 Romans-sur-Isère
0768739825 – contact@couleursapa.fr - www.couleursapa.fr

