

# Sport sur ORDONNANCE

## ■ LE PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

.....

Date de naissance : .....

N° de téléphone : .....

N° de téléphone d'urgence : .....

## ■ LE MÉDECIN

Nom : .....

Courriel : .....

.....

Cachet du médecin

Je prescris une activité physique adaptée.

Je certifie avoir examiné le patient ce jour et n'avoir décelé aucun signe clinique apparent impliquant une contre-indication pour la pratique d'une activité physique adaptée.

### LIMITATION FONCTIONNELLE :

Absence de limitation

Minime : .....

Modérée : .....

### PRIORITÉ(S) DANS LES EXERCICES À TRAVAILLER :

Force

Equilibre/coordination

Assouplissement/étirement

Endurance

## QUEL(S) OBJECTIF(S) FIXEZ-VOUS POUR VOTRE PATIENT ?

- Contrôler la tension artérielle
- Augmenter le périmètre de marche
- Améliorer l'endurance musculaire
- Renforcement musculairement
- Stabiliser le poids
- Contrôler le diabète
- Améliorer le bien-être
- Améliorer l'autonomie
- Rompre avec l'isolement
- Diminuer l'anxiété
- Améliorer le sommeil
- Diminuer les douleurs
- Augmenter l'amplitude articulaire
- Améliorer la souplesse
- Améliorer l'équilibre

### AUTRES OBJECTIFS :

.....

.....

### PRÉCAUTIONS :

.....

.....

.....

.....

Mettre sous pli les informations complémentaires utiles à la mise en place d'une activité physique adaptée.

- Document remis au patient

Date et signature



Ville de Ouistreham Riva-Bella  
Service des Sports  
02 31 97 73 27  
contactsports@ville-ouistreham.fr