

Je soussigné(e) Docteur ..... certifie avoir examiné ce jour  
M./Mme ..... Né(e) le ...../...../..... et constaté que son état de  
santé nécessite la pratique d'une activité physique et/ou sportive dans les conditions de la présente prescription.

## PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Privilégier ce(s) type(s) d'activité(s) :

- Endurance cardio-respiratoire
- Renforcement musculaire
- Souplesse
- Aptitude neuromotrices

Intensité recommandée :

- Légère
- Modérée
- Élevée

Pratique encadrée de type :

- Elan
- Déclic
- Passerelle

• Préconisation de ..... à ..... séances de ..... à ..... minutes chacune par semaine

## DEMANDE D'ÉVALUATION AVANT LA PRESCRIPTION

Oui  Non

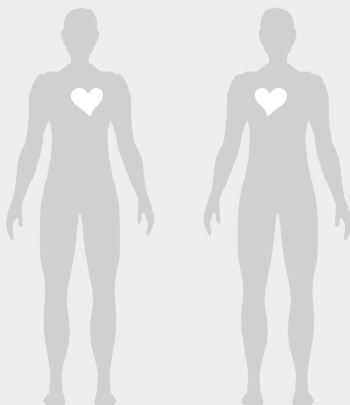
### OPTIONS D'ORIENTATION

- Je me charge de l'orientation
- Je confie l'orientation au coordonnateur territorial PEPS



## RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ

• Fréquence cardiaque à ne pas dépasser :  
..... bpm



Face

Dos

### ○ Efforts à ne pas réaliser :

- Endurance  Vitesse  Résistance

### ○ Articulations à ne pas solliciter (préciser la latéralité si besoin) :

- Rachis  Épaule  Hanche
- Genou  Cheville

### ○ Actions à ne pas réaliser :

- Courir  Porter  S'allonger sur le sol
- Sauter  Pousser  Se relever du sol
- Marcher  Tirer  Mettre la tête en arrière

### ○ Arrêt en cas de :

- Fatigue
- Douleur
- Essoufflement

○ Autre.....

Date ...../...../.....

Tampon et signature du médecin :

Tampon de la structure sportive PEPS :

## CERTIFICAT MEDICAL

Après examen de M/Mme ..... j'atteste  
l'absence de contre-indication à :

- La réalisation d'une évaluation des capacités physiques
- La pratique d'activités physiques et/ou sportives adaptées à des fins de santé **dans la limite de la prescription médicale ci-dessus**

(Sous réserve de résultats cohérents de l'évaluation et de l'encadrement par un intervenant sportif qualifié garantissant le respect des recommandations transmises.)

## Contact coordination PEPS :

Nom : .....

N° : .....