

Formulaire spécifique de prescription d'Activité Physique Adaptée (APA) par le médecin généraliste ou spécialisé

Tampon du médecin

Je, soussigné(e) Docteur certifie avoir constaté que l'état de santé de M/Me justifie la prescription de l'activité physique adaptée encadrée par des Enseignants APA dans la structure suivante:

Préconisations d'activité(s) et éventuelles recommandations

.....
.....

Je serai destinataire du compte-rendu du déroulement de l'activité physique adaptée dispensée par l'intervenant sous l'accord du patient: **Oui / Non**

Ce formulaire est remis en mains propres à mon patient pour faire valoir ce que de droit. Cette pratique d'activité physique ne donne pas lieu à remboursement par l'Assurance Maladie, mais peut être pris en charge, en totalité ou en partie, par les mutuelles

Signature du médecin

Fait à Le



Prep-APA

En partenariat avec la Mutuelle Des Sportifs, l'association SEVESSS et l'AFD 06

1. Art. L. 1172-1 du code de la santé publique : « Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient

2. Art. D. 1172-2.-En accord avec le patient atteint d'une affection de longue durée ou d'une pathologie chronique, et au vu de sa pathologie, de ses capacités physiques et du risque médical qu'il présente, le médecin traitant ou spécialiste peut lui prescrire une activité physique dispensée par l'un des intervenants suivants :

1° Les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4332-1 ;

2° Les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée délivré selon les règles fixées à [l'article L. 613-1 du code de l'éducation](#) ;

3° Les professionnels et personnes qualifiées suivants, disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée :