

VOTRE CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION

JE SOUSSIGNÉ(E) DOCTEUR

CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ (E) CE JOUR
M/MME _____

NÉ(E) LE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ET N'AVOIR PAS CONSTATÉ À CE JOUR DE CONTRE-
INDICATIONS

- À LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS SPORTIVES
SUIVANTES

- À LA PRATIQUE DE TOUTES LES ACTIVITÉS
PHYSIQUES ET/OU SPORTIVES ADAPTÉES
INTÉGRÉES AU DISPOSITIF PRESCRI'FORME

LIEU : _____

DATE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| 2 0 2 |_|_|

SIGNATURE

Cachet professionnel



Délégation régionale académique
à la jeunesse, à l'engagement et aux sports



SPORT SANTÉ

SUR ORDONNANCE

MODE D'EMPLOI



AVEC LA MAISON SPORT SANTÉ CURIAL
LA VILLE DE PARIS VOUS ACCOMPAGNE

**MAISON
SPORT SANTÉ
CURIAL**



Contact: 01 40 33 26 02
Mail: maisonsportsante-curial@paris.fr
Accès: Gymnase Curial 84 rue
curial 75019 Paris

FICHE DE PRESCRIPTION

NOM DU PATIENT

• JE PRESCRIS UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET/OU SPORTIVE ADAPTÉE PENDANT _____, À ADAPTER EN FONCTION DE L'ÉVOLUTION DES APTITUDES DU PATIENT.

• PRÉCONISATION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ET RECOMMANDATIONS

• PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES SUR

- ☐ APPAREIL LOCOMOTEUR
- ☐ CARDIO-VASCULAIRE
- ☐ CUTANÉ ET INFECTIEUX
- ☐ CHUTE ET RISQUE DE FRACTURE
- ☐ AUTRES :

• OBSERVATIONS DU PRESCRIPTEUR

DOCUMENT REMIS AU PATIENT : OUI NON

LIEU : _____

DATE |__|__| |__|__| 2 0 2 |__|

SIGNATURE



1



PATIENT

JE CONSULTE MON MÉDECIN

2



MÉDECIN

JE PRESCRIS ET J'ORIENTE

Si vous n'avez pas de prescription venez quand même

3



**MAISON SPORT SANTÉ
CURIAL**

**INFORME
ÉVALUE
CONSEILLE
ACCOMPAGNE
ORIENTE
SUIT**

4



CHOIX

**OFFRES DE LA VILLE DE PARIS
OFFRES MÉDICO-SPORTIVES
CLUBS LABELLISÉS PRESCRI'FORME
PRATIQUES ASSOCIATIVES
PRATIQUES EN AUTONOMIE**

WWW.PRESCRIFORME.FR