



Certificat Médical

Préalable à la pratique de l'Activité Physique

Je soussigné(e), Docteur certifie avoir examiné

M/ Mme né(e) le

et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique de l'activité physique non compétitive dans le cadre de la prescription médicale ci-dessous.



Prescription d'Activité Physique

	ACTIVITÉS EN AÉROBIE	RENFORCEMENT MUSCULAIRE	ÉTIREMENTS ÉQUILIBRE
FRÉQUENCE (nb de jours par semaine)			
INTENSITÉ (douce, modérée, élevée)			
DURÉE en minutes			
ACTIVITÉS préconisées			

OPTION : précisions sur le niveau d'intensité cible du patient

- Une **intensité douce** équivaut à une fréquence cardiaque < battements / minute
- Une **intensité modérée** équivaut à une fréquence cardiaque comprise entre et battements / minute
- Une **intensité élevée** équivaut à une fréquence cardiaque > battements / minute (mais limitée à max)

Les encadrants sportifs intervenant dans le cadre du protocole effORMip ont obligatoirement suivi la formation effORMip. Ils peuvent être : éducateurs sportifs • enseignants en activités physiques adaptées • titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un CQP inscrit sur l'arrêté ministériel • titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté ministériel.

RESTRICTIONS D'ACTIVITÉS

DATE, TAMPON ET SIGNATURE



Fiche Patient

Consultation N° :

Date :

NOM : Prénom :
Date de naissance : Tél. :
Mail : Sexe : Femme Homme

Pathologie principale :
Autre(s) pathologie(s) :

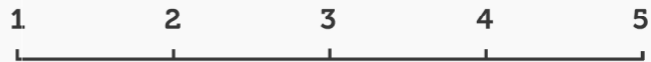
POIDS : kg

TAILLE : m

PÉRIMÈTRE ABDO : cm

Traitements médicaux (interférant sur la pratique d'APS : anticoagulant, anti hypertenseur...):
.....
.....

Évaluation de la motivation du patient :



(1 = peu motivé / 5 = très motivé)

Commentaires / remarques :

Fait à : le :

TAMPON ET SIGNATURE
DU MÉDECIN

Zone réservée à efFORMip (ne pas renseigner) :

ID patient : / Chèque n° :

Pour les **médecins libéraux formés efFORMip**, souhaitant bénéficier de la somme forfaitaire attribuée par l'URPS ML, ce document peut tenir lieu de facturation d'honoraire.

Je suis concerné.e :