

Prescription et Bon de délégation

Je soussigné(e), Dr, Docteur en médecine, certifie avoir examiné
Mme.....né(e) le .../...../.....

/___/ Je certifie que l'état de santé de cette patiente autorise la pratique d'une activité physique
adaptée et sécurisée dans le cadre du programme « En Forme pour ma Santé ».

Informations complémentaires susceptibles d'interférer avec la prise en charge en Activité Physique Adaptée :

Merci de préciser ici toute information complémentaire pertinente (comme un traitement en
cours, des suites opératoires ou des antécédents cardiovasculaires, etc.) qui doivent être prise
en compte pour le déroulement de l'activité physique dans des conditions de sécurité optimales :

.....

.....

.....

Fait à

Le

Signature du médecin :

Cachet médical :

Informations destinées à la patiente

Les informations relatives au patient ont pour but d'aider le spécialiste en Activités Physiques
Adaptées à personnaliser les programmes en fonction de l'état de santé du patient. L'équipe en
charge de ce suivi aura accès à ces données. Ce document est à usage interne, soumis au secret
professionnel et sera conservé sous forme papier par l'équipe du programme En Forme pour ma
Santé. Il sera stocké sous clé et détruit une fois que vous serez sorti du programme.

En le signant, vous donnez votre consentement pour la collecte et le traitement de vos données
conformément aux éléments ci-dessus.

Téléphone :

Courriel :

Fait à

Le

Signature :