

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



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



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



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.

• PRÉCOMMANDATION 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



PATIENT

JE CONSULTE MON MÉDECIN



2



JE PRESCRIS ET J'ORIENTE

MÉDECIN

Si vous n'avez pas de prescription venez quand même

3



MAISON SPORT SANTÉ

CURIAL

INFORME
ÉVALUE
CONSEILLE
ACCOMPAGNE
ORIENTE
SUIT

4



OFFRES DE LA VILLE DE PARIS
OFFRES MEDICO-SPORTIVES
CLUBS LABELLISES PRESCRIFORME
PRATIQUES ASSOCIATIVES
PRATIQUES EN AUTONOMIE

WWW.PRESCRIFORME.FR