

## PRESCRIPTION MÉDICALE SPORT SANTÉ

Je soussigné(e)..... , Docteur en médecine,  
certifie avoir examiné

Mme/M. .... né.e le        /        /

et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée.

Je lui prescris donc de l'activité physique adaptée auprès de l'Association Action Sport Santé Nutrition, pour une durée de 1 an :

- dans le cadre d'une maladie chronique
- dans le cadre d'une Affection Longue Durée

Remis en mains propres au patient.

À ..... , le        /        /

Cachet & Signature