



Prescription d'activité physique

Mme M.

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

<p>Vous vous situez actuellement ici :</p>	<p>Définition d'objectif(s) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---

Je vous recommande la/les stratégie(s) suivante(s) :

Type d'activité physique	Nbre de jours/semaine	Durée par jour	Intensité

Suggestion de prise en charge :

Consultation de suivi à mon cabinet médical, le (date) :

Matériel complémentaire :

- Brochure PAPRICA « Bouger »
- Brochure migesplus « Le mouvement, c'est la vie »
- Utilisation d'un podomètre - nombre de pas quotidiens recommandés :
- Agenda d'activité physique
- Suggestion d'offres concrètes en matière d'activité physique (choisir dans la liste régionale)

.....

.....

Lieu, date :

Timbre et signature du médecin