ANNEXE 1 : Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants
**Tampon du Médecin**
**DATE :**
**Nom du patient :**
**Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée**
**Pendant …….…………………, à adapter en fonction de l’évolution des aptitudes du patient.**
**Préconisation d’activité et recommandations**
**………………………………………………………….…………………………………………………………**
**……. ………………………………………………………………………………………………………………**
**……………………………………………………………………………………………………………………**
**……………………………………………………………………………………………………………………**
**……………………………………………………………………………………………………………………**
**……………………………………………………………………………………………………………………**
**……………………………………………………………………………………………………………………**
**Type d’intervenant(s) appelé(s) à dispenser l’activité physique (en référence à l’Article D.**
**1172-2 du Code de la santé publique 1), le cas échéant, dans le cadre d’une équipe**
**pluridisciplinaire**2:
**……………………………………………………………………………………………………………………**
***Document remis au patient □*** La dispensation de l’activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l’assurance maladie. Lieu date signature cachet professionnel
1
Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l’activité physique adaptée prescrite par le
médecin traitant à des patients atteints d’une ALD
2
Concerne les titulaires d’un titre à finalité professionnelle, d’un certificat de qualification professionnelle ou d’un diplôme fédéral,
inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d’activités physiques adaptées à des patients atteints de
limitations fonctionnelles modérées que dans la cadre d’une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l’instruction interministérielle
n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du