

TAMPON MEDECIN

Date : ____/____/____

Nom du patient :

Age : ____ ans

Je prescris une activité physique et/sportive adaptée.

Absence de contre-indication constatée à l'examen clinique ce jour.

Préconisation d'activité et recommandation :

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Signature :