

Certificat médical de prescription

TAMPON
DU PRESCRIPTEUR

CERTIFICAT MÉDICAL DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné ce jour

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre indiquant la pratique d'une activité physique modérée dans le cadre du dispositif « Sport Santé Orléans » sur prescription médicale.

Je reconnais que mon (ma) patient(e) répond à l'un des critères d'inclusion suivants :

- Diabète ou pré-diabète (glycémie à jeun $\geq 1,10$ g/L)
- Hypertension artérielle $\geq 135/85$
- Dyslipidémie (triglycérides $\geq 1,5$ g/L
ou HDL $\leq 0,4$ g/L chez l'homme
ou HDL $\leq 0,5$ g/L chez la femme)
- Obésité (IMC ≥ 30)
- Autre

Je prescris de l'activité physique régulière et d'intensité modérée.

Remarques-commentaires à destination de l'encadrant de l'activité physique adaptée :

.....
.....
.....

**Certificat établi à la demande de l'intéressé(e)
et remis en main propre pour faire valoir ce que droit.**

Date :

Contact pour prise de RDV « évaluation »
Service Médecine du sport, CHU Orléans
Tél. : 02 38 51 47 85
Mail : medecine.sport@chu-orleans.fr

CACHET ET SIGNATURE
DU PRESCRIPTEUR