



Prescription d'Activité Physique Adaptée (APA)

Mr. / Mme Né(e) le / /

ALD ou pathologie chronique

Je prescris une activité physique adaptée, pour une durée d'un an [1],
à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Vigilances particulières, restrictions ou limitations fonctionnelles :
Facultatif

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

Signature et tampon

Dr. / Pr.

Le / /

Prescription à envoyer à

mss-unis@agiradom.com

Cette prescription ouvre droit au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel par une personne qualifiée (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, intervenant en activité physique adaptée formé à la réalisation de ces évaluations), au début et à la fin du programme d'activité physique adaptée, en référence à l'article D. 1172-2 du code de la santé publique.

(1) Article D. 1172-2 du CSP. Décret no 2023-234 du 30 mars 2023 relatif aux conditions de prescription et de dispensation de l'activité physique adaptée.

(2) Se référer au site de la Haute Autorité de Santé https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-ades-fins-de-sante.

