



**Activité
Physique
Adaptée
en
CSAPA**



PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE - 2026

Je soussigné(e) Docteur

- ☐ Médecin Psychiatre – Addictologue
- ☐ Médecin Addictologue
- ☐ Médecin traitant

☐ CACTUS ou ☐ CSAPA 42 ou ☐ RIMBAUD ou ☐

Atteste ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents évocateurs de contre-indication médicale à la pratique d'une activité physique et sportive adaptée,

pour Madame/Monsieur Né(e) le/...../..... et
résidant à :

**Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée jusqu'au : 15 Décembre 2026
à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.**

Fréquence : **une fois par semaine** (hors vacances scolaires)

Durée : **1 heure**

Intensité : **à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient**

Type d'exercice : **activité physique adaptée**

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique et sportive adaptée (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique*) : **Monsieur Mathieu LOPEZ**
Titulaire de la carte professionnelle éducateur sportif N°04220ED0020

Document remis au patient

Fait à Saint Etienne

Le

Signature

Cachet professionnel

