

FICHE DE PRESCRIPTION

Prise en charge souhaitée (cf page 5)

- Pratique autonome
- Programme DÉCLIC
- Programme ÉLAN
- Ateliers passerelle

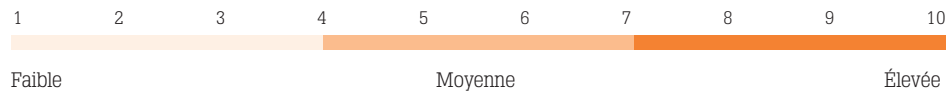
Les objectifs recherchés :

- Renforcement musculaire
- Equilibre et proprioception
- Arrêt du tabac
- Souplesse et mobilité articulaire
- Lutte contre le stress
- Lien social
- Coordination
- Capacité cardio-respiratoire
- Perte de poids
- Renforcement de l'ossature

Quelle fréquence de pratique ?

- Occasionnelle
- Régulière
- Très régulière

Quelle intensité ?



QUELLE ACTIVITÉ PHYSIQUE ?

JE LAISSE le soin à l'éducateur médico-sportif de Maison Sport Santé Pays Basque Adour d'évaluer et d'orienter le bénéficiaire vers une activité physique adaptée.

JE CONSEILLE :

- Natation
- Aquagym
- Gym douce
- Gym active
- Stretching
- Pilates
- Marche Active
- Marche Nordique
- Aviron
- Disc golf
- Pelote
- Tai Chi/Qi Gong
- Danse
- Renforcement musculaire
- Yoga
- Activités Cardios
- Karaté/Boxe
- Randonnée pédestre
- Marche aquatique / sauvetage côtier
- Surf/Stand Up Paddle

FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

**À faire compléter par votre médecin établissant le certificat médical
afin d'adapter au mieux votre pratique d'activité physique**

La pratiquante / le pratiquant NE DOIT PAS réaliser les actions suivantes

- Marcher Courir Sauter Mettre la tête en arrière Lancer Tirer
 Pousser Porter Attraper S'allonger au sol Se relever du sol
 Autres

Elle / il NE DOIT PAS réaliser les types d'effort suivants :

- Endurance (long et peu intense) Vitesse (bref et intense) Résistance

Elle / il NE DOIT PAS solliciter les articulations suivantes :

- Rachis Hanche Genoux Cheville Épaules
 Autres

Et ses mouvements sont limités en terme de :

- Amplitude Vitesse Charge Posture

Il est donc nécessaire d'arrêter l'APS en cas de :

- Douleur Fatigue Essoufflement

Autres aménagements souhaitables

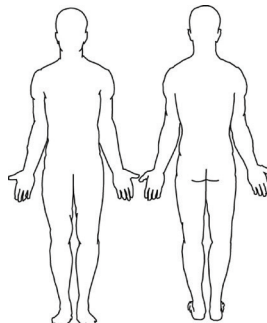
- Adaptation selon conditions climatiques (froid, sec, humidité...)
 Adaptation du temps de récupération
 Favoriser les AP permettant un allègement du corps
 Favoriser les AP avec déplacements limités et/ou dans l'axe
 Fréquence cardiaque à ne pas dépasser : bpm

DOULEURS ET FRAGILITÉS PHYSIQUES

Le / /

Observations :

Sur les personnages ci-contre,
désignez où se situent les douleurs ou fragilités :



CERTIFICAT MÉDICAL

DE NON CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

À photocopier et à remettre lors de votre inscription à l'association

Je soussigné, Dr.,

docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mme. / M.,

né(e) le :

et n'avoir pas constaté de contre-indication apparente à la pratique de :

L'ensemble des activités physiques proposées dans le Pass'Sport Santé

Activité(s) physique(s) suivante(s)

à

le.....

Signature du médecin

Cachet du médecin

Le patient doit-il bénéficier d'un bilan nutritionnel
par une diététicienne (cf p24) : OUI NON