

# VOTRE CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION



JE SOUSSIGNÉ(E) DOCTEUR

-----

CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ (E) CE JOUR  
M/MME -----

NÉ(E) LE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

ET N'AVOIR PAS CONSTATÉ À CE JOUR DE CONTRE-  
INDICATIONS

- À LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS SPORTIVES SUIVANTES

-----  
-----  
-----  
-----

- À LA PRATIQUE DE TOUTES LES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET/OU SPORTIVES ADAPTÉES INTÉGRÉES AU DISPOSITIF PRESCRI'FORME

LIEU : -----

DATE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| 2 0 2 |\_|\_|

SIGNATURE

Cachet professionnel



**SPORT SANTÉ**  
**SUR ORDONNANCE**  
**MODE D'EMPLOI**

**AVEC LA MAISON SPORT SANTÉ CURIAL LA VILLE DE PARIS VOUS ACCOMPAGNE**

**MAISON SPORT SANTÉ CURIAL**

Contact: 01 40 33 26 02  
Mail: [maisonsportsante-curial@paris.fr](mailto:maisonsportsante-curial@paris.fr)  
Accès: Gymnase Curial 84 rue curial 75019 Paris



Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports



# FICHE DE PRESCRIPTION

NOM DU PATIENT

-----

• JE PRESCRIS UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET/OU SPORTIVE ADAPTÉE PENDANT \_\_\_\_\_, À ADAPTER EN FONCTION DE L'ÉVOLUTION DES APTITUDES DU PATIENT.

• PRÉCONISATION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ET RECOMMANDATIONS

-----  
-----  
-----

• PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES SUR

- APPAREIL LOCOMOTEUR
- CARDIO-VASCULAIRE
- CUTANÉ ET INFECTIEUX
- CHUTE ET RISQUE DE FRACTURE
- AUTRES :

-----  
-----  
-----

• OBSERVATIONS DU PRESCRIPTEUR

-----  
-----

DOCUMENT REMIS AU PATIENT : OUI NON

LIEU : -----

DATE |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| 2 0 2 |\_\_|

SIGNATURE



1



**PATIENT**

**JE CONSULTE MON MÉDECIN**

2



**MÉDECIN**

**JE PRESCRIS ET J'ORIENTE**

Si vous n'avez pas de prescription venez quand même

3



**MAISON SPORT SANTÉ  
CURIAL**

**INFORME  
ÉVALUE  
CONSEILLE  
ACCOMPAGNE  
ORIENTE  
SUIT**

4



**OFFRES DE LA VILLE DE PARIS  
OFFRES MÉDICO-SPORTIVES  
CLUBS LABELLISÉS PRESCRIFORME  
PRATIQUES ASSOCIATIVES  
PRATIQUES EN AUTONOMIE**

[WWW.PRESCRIFORME.FR](http://WWW.PRESCRIFORME.FR)