



Suivi médical

Nous vous invitons à reporter les éléments mentionnés par votre médecin dans votre prescription d'activité physique afin d'en conserver une trace dans votre livret de suivi.

Date de la prescription : / /

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Privilégier ce(s) type(s) d'activité(s) :

- ☐ Endurance cardio-respiratoire
- ☐ Renforcement musculaire
- ☐ Souplesse
- ☐ Aptitude neuromotrices
- ☐ Autre(s) :

Intensité recommandée :

- ☐ Légère
- ☐ Modérée
- ☐ Élevée

Pratique encadrée de type :

- ☐ Déclic
- ☐ Élan

- Préconisation de à séances de à minutes chacune par semaine

• Informations complémentaires :

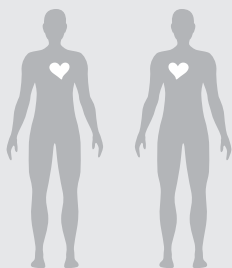
.....

.....

.....

RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ

- Fréquence cardiaque à ne pas dépasser : bpm



Face

Dos

☐ Efforts à ne pas réaliser :

- ☐ Endurance ☐ Vitesse ☐ Résistance

☐ Articulations à ne pas solliciter (*préciser la latéralité si besoin*) :

- ☐ Rachis ☐ Épaule ☐ Hanche
- ☐ Genou ☐ Cheville

☐ Actions à ne pas réaliser :

- ☐ Courir ☐ Porter ☐ S'allonger sur le sol
- ☐ Sauter ☐ Pousser ☐ Se relever du sol
- ☐ Marcher ☐ Tirer ☐ Mettre la tête en arrière

☐ Arrêt en cas de :

- ☐ Fatigue ☐ Douleur ☐ Essoufflement

☐ Autre

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR SÉCURISER LA PRATIQUE

.....

.....

.....

.....