

**FORMULAIRE DE PRESCRIPTION MÉDICALE SPÉCIFIQUE TENNIS SANTÉ**

Je prescris une activité physique et sportive pour un cycle d’1 an dans le cadre du programme Tennis Santé de la Fédération Française de Tennis, **à adapter en fonction de l’évolution des aptitudes du patient.**

* Dans un club labellisé Tennis Santé avec un enseignant diplômé d’état, formé au Tennis Santé et à la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques
* Séances Régulières, Adaptées, Sécurisantes et Progressives

D’intensité faible à modérée

* Recommandations et limitations éventuelles :

Oui Non (si oui, précisez)

* Limitation de la mobilité articulaire : □ **□** ………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………..…………
* Douleurs : □ □ ………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………..…………
* Autres : ……………………………………………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Je soussigné(e), Docteur …………………………………………………………….

Certifie avoir examiné

Mr/Mme ……………………………………………………………………….. né(e) le ……………………………………

et atteste à ce jour, de l’absence de contre-indication à la pratique d’une activité physique et sportive **adaptée**.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LIEU |  | CACHET PROFESSIONNEL |  | SIGNATURE |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| DATE |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**La dispensation de l’activité physique adaptée ne peut pas actuellement donner lieu à une prise en charge financière par l’assurance maladie.**