



**Training A.P.A.**

Thérapie par Activité Physique Adaptée

# Prescription médicale d'Activité physique Adaptée

Nom du patient : .....

ALD 30 : OUI - NON

**Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée pendant :**

1 mois

3 mois

6 mois

.....

1fois/semaine

2fois/semaine

3fois/semaine

.....

Précaution particulière :

.....  
.....  
.....

Contre indication :

.....  
.....  
.....

**Type d'intervention :**

- Renforcement musculaire des membres supérieurs
- Renforcement musculaire des membres inférieurs
- Renforcement musculaire du tronc
- Renforcement Musculaire global
- Ré-entraînement à l'effort et de l'endurance

- Travail d'équilibre et de la proprioception
- Travail de la marche
- Travail du système cardio-respiratoire
- Autre : .....

Tampon et signature du Médecin

Date : .....