



Nom du médecin : 	Cachet professionnel :
---------------------------------	---------------------------------------

Je, soussigné(e) , prescris¹ l'activité physique adaptée Basket Santé²

A M./Mme/Mlle , né(e) le

A , le

Signature

Recommandations et précautions
A destination de(s) intervenant(s)³ appelé(s) à dispenser l'activité physique adaptée Basket Santé

Composantes de la condition physique à développer en priorité :

.....

Précautions à prendre :

Fonctions locomotrices	
Fonctions cérébrales	
Fonctions sensorielles	
Autres	

¹ La dispensation du Basket Santé ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'Assurance Maladie. Le patient peut s'informer, le cas échéant, auprès de sa Mutuelle sur les conditions et possibilités de prise en charge.

² Réf. Médicosport-Santé - Commission médicale du Comité National Olympique et Sportif Français

³ Décret n° 2016-1990 du 30/12/2016, entré en vigueur le 01/03/2017, JORF n°0304 du 31/12/2016 - texte N°43, relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée
 Arrêté du 08/11/2018, JORF n°0276 du 29/11/2018 - texte N°43, relatif à la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée