



## FORMULAIRE DE PRESCRIPTION MEDICALE SPECIFIQUE TENNIS SANTE

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 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Douleurs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
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

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
CACHET PROFESSIONNEL

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

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