

## Fiches de prescription et de renouvellement

### Activité physique adaptée & Sport santé

CPTS de Pantin – Est Ensemble

---

### Données personnelles

#### Usage des données recueillies via la fiche de prescription

- Les données personnelles recueillies dans la fiche de prescription sont traitées afin de permettre aux encadrant-es des ateliers d'assurer la qualité et la sécurité de l'accompagnement.
- Elles sont numérisées et stockées dans l'outil sécurisé SantéLien, conforme aux exigences en matière de protection des données de santé.
- Ces informations ne sont accessibles qu'aux personnes autorisées (encadrant-es, Infirmière en pratique avancée coordinatrice des ateliers) et ne sont utilisées qu'à cette fin.

#### Important

- Aucune information relative à un diagnostic, à d'éventuels traitements ou résultats d'examen ne doivent figurer dans la fiche de prescription.
- Seules les limitations fonctionnelles du / de la patient-es doivent être renseignées, ainsi que les précautions spécifiques.
- Ces informations doivent permettre aux encadrant-es d'assurer leur accompagnement dans les meilleures conditions et avec le minimum de risques pour les patient-es.

#### A destination du / de la patient-e

- Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et d'opposition, ainsi que du droit à la portabilité de vos données.
- Vous pouvez exercer ces droits en contactant : **secretariat@cpts-pantin.fr**  
En cas de difficulté, vous pouvez également saisir la CNIL.
- Vos données sont conservées uniquement pendant la durée nécessaire à la réalisation des ateliers et à leur suivi, puis supprimées.

**Votre contact pour toutes questions :**

[m.kachmar@cpts-pantin.fr](mailto:m.kachmar@cpts-pantin.fr) ou 07 49 64 93 33

## Fiche de prescription initiale

**Nom du patient** .....

**Je prescris une activité physique adaptée ou de sport santé pendant** .....  
à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

*La durée de prescription est de 3 à 6 mois renouvelable <sup>[1]</sup>, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du / de la patient-e.*

**Préconisations d'APA / sport santé et recommandations (cocher une ou plusieurs cases) <sup>[2]</sup>**

*En partenariat avec Est Ensemble, la CPTS de Pantin propose les ateliers suivants :*

- Atelier cardio douce, encadré par un éducateur APA
- Ateliers aquafitness (Piscine Alice Milliat), co-encadrés par un MNS et une IPA
- Atelier aquafitness (Centre Nautique Jacques Brel de Bobigny), encadré par une éducatrice sportive des activités de natation.

Chaque atelier comprend 10 séances d'activité physique à raison d'une heure hebdomadaire, hors vacances scolaires et jours fériés.

Ils sont accessibles sous réserve de la présentation de la présente prescription et du certificat de non contre-indication qui suit.

Ces ateliers proposent des exercices d'endurance, de renforcement musculaire, de travail de l'équilibre, de la souplesse et de la coordination dont l'intensité est adaptée au niveau d'aptitude de chacun-e.

Un bilan d'aptitude initial et un bilan d'aptitude de fin sont organisés lors de la première et de la dernière sessions de l'atelier. Les bilans en bassins sont effectués par l'encadrant-e en présence d'une IPA. La présence du / de la patient-e lors du bilan initial est obligatoire afin d'assurer la sécurité et la qualité de l'accompagnement.

**L'atelier cardio douce** accueille jusqu'à **15 participant-es**.

**Les ateliers aquafitness de la piscine Alice Milliat** accueillent **15 participant-es** et jusqu'à 20 en fonction du niveau d'aptitude des participant-es.

**L'atelier aquafitness du Centre Jacques Brel** accueille jusqu'à **10 participant-es**.

Les ateliers accueillent les personnes atteintes de limitations minimales à modérées <sup>[3]</sup>.

**Précautions particulières sur :**

- |                        |                               |
|------------------------|-------------------------------|
| • appareil locomoteur  | • chute et risque de fracture |
| • cardio-vasculaire    | • autres                      |
| • cutané et infectieux |                               |

**Autres restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte (intensité, durée...):**

.....

.....

.....

.....

.....

Le patient présente-t-il une indication qui nécessite le renouvellement et/ou l'adaptation de la prescription ? <sup>[4]</sup>:

non • oui • si oui, mentionner laquelle : .....

Lieu .....

Date

Signature

(1) Article D. 1172-2 du CSP. Décret n° 2023-234 du 30 mars 2023 relatif aux conditions de prescription et de dispensation de l'activité physique adaptée.

(2) Se référer au site de la Haute Autorité de santé [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante)

(3) Se référer au site de l'ARS Bretagne <https://www.bretagne.ars.sante.fr/prescription-de-lactivite-physique-adaptee-par-le-medecin-traitant>

## Certificat d'absence de contre-indication

Je soussigné(e) Docteur.....-

certifie avoir examiné (e) ce jour M/ Mme .....

Né(e) le

et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indications à la pratique des activités sportives suivantes (cocher une ou plusieurs cases):

- Atelier cardio douce, encadré par un éducateur APA
- Ateliers aquafitness (Piscine Alice Milliat), co-encadrés par un MNS et une IPA
- Atelier aquafitness (Centre Nautique Jacques Brel de Bobigny), encadré par une éducatrice sportive des activités de natation

**Lieu** .....

**Date**.....

**Signature**.....

**Cachet professionnel**

## Fiche de renouvellement

### **Partie destinée au médecin ou au masseur-kinésithérapeute** <sup>[4]</sup>

À compléter par le médecin ou le masseur-kinésithérapeute en cas de renouvellement ou adaptation de la prescription médicale initiale ci-dessus (renouvellement ou adaptation limité à 1 fois), dont le médecin doit être informé <sup>[5]</sup>.

Date : ...../...../.....

Nom et prénom du patient : .....

Renouvellement de prescription initiale :

Je renouvelle la prescription d'activité physique adaptée ci-dessus pour une durée de :  
.....(3 à 6 mois maximum).

Tampon et signature du médecin ou du masseur-kinésithérapeute :

*(4) Art. D. 1172-2-1. CSP : avec l'accord du patient, le masseur-kinésithérapeute peut, sauf indication contraire du médecin, renouveler une fois la prescription médicale initiale d'activité physique adaptée à l'échéance de la durée de celle-ci ou du nombre de séances prescrites ou l'adapter en termes de type d'activité, d'intensité, de fréquence et de durée, sur le formulaire spécifique prévu à l'article D. 1172-2, aux conditions suivantes :*

*1° Le compte rendu et les bilans mentionnés à l'article D. 1172-5 ne rapportent pas de difficulté ou de risque dans la pratique de l'activité physique adaptée susceptible de nuire à la santé du patient ;*

*2° Le médecin intervenant dans la prise en charge n'a pas émis d'indication contraire en amont ou en aval de la transmission du compte rendu et des bilans mentionnés à l'article D. 1172-5.*

*Le renouvellement de la prescription médicale par le masseur-kinésithérapeute tient compte des propositions relatives à la poursuite de l'activité figurant dans ce compte rendu et les bilans susmentionnés ou l'adapte aux besoins du patient.*

*Le masseur-kinésithérapeute porte sur l'original du formulaire spécifique de prescription, présenté par le patient, le renouvellement ou l'adaptation qu'il réalise en apposant les indications suivantes :*

*a) Son identification complète : nom, prénom et numéro d'identification ;*

*b) La mention « Renouvellement/Adaptation (le cas échéant) de prescription médicale d'activité physique adaptée » ;*

*c) La date à laquelle le masseur-kinésithérapeute effectue ce renouvellement ou cette adaptation, et sa signature.*

*L'original est remis au patient.*

*(5) Art. D. 1172-2-1. CSP.*