

  **FICHE DE PRESCRIPTION**

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Pathologie traitée :

Je prescris un bilan d’activité physique adaptée dans le cadre du parcours de soins global après le traitement d’un cancer.

Lieu :

Date :

Signature :

cachet du professionnel

**CERTIFICAT D’ABSENCE DE CONTRE-INDICATION**

 Je soussigné(e) Docteur

 certifie avoir examiné(e) ce jour

 Né(e) le

 et n’avoir pas constaté à ce jour de contre-indications :

 à la pratique des activités sportives suivantes

 à la pratique de toutes activités physiques et/ou sportives adaptées

 Lieu :

 Date :

 Signature :

cachet professionnel