



# ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Votre patient(e) M. ou Mme .....  
souhaite pratiquer une activité physique au bénéfice de sa santé avec l'association  
Form'AP.

## Programme APA

### PRÉSENTATION

#### L'association

Form'AP  
Enseignant en Activité  
Physique Adaptée  
(licence et/ou master  
APA-S)

#### Objectifs du programme APA

- Maintenir/développer la condition physique et l'autonomie
- Lutter contre la sédentarité
- Créer du lien social

### MODALITÉS

#### Démarche

- Évaluation
- Certificat médical
- Programme APA
- Bilan
- Accompagnement

#### Organisation

- Séances individuelles et/ou séances collectives
- Pratique sécuritaire



#### Association Form'AP,

11 avenue Archimède, 33600 PESSAC

Siren : 820 629 053 00027 - Code APE : 8551Z

contact@form-ap.com - 07 63 41 58 11 - FORM-AP.COM

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 75 33 10296 33, auprès du préfet de région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes



# Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activité physique, dans le cadre d'un programme APA

Année . . . . .

Je soussigné(e), Docteur .....  
certifie que (M, Mme) NOM ..... PRÉNOM ..... AGE.....  
est apte à la pratique d'activité physique dans le cadre d'un programme APA.

Mail du médecin  
(Facultatif)

Cachet et signature  
du médecin



11 avenue Archimède,  
33600 PESSAC

07 63 41 58 11

contact@form-ap.com

FORM-AP.COM

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 75 33 10296 33, auprès du préfet de région Nouvelle Aquitaine  
Association Form'AP, 11 avenue Archimède, 33600 PESSAC  
Siren : 820 629 053 00027, Code APE : 8551Z

# Prescription d'activité physique, dans le cadre d'un programme APA



NOM ..... PRÉNOM .....

Je soussigné(e) Docteur ..... certifie avoir examiné ce jour  
M./Mme ..... Né(e) le ...../...../..... et constaté que son état de  
santé nécessite la pratique d'une activité physique dans les conditions de la présente prescription.

## PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Privilégier ce(s) type(s) d'activité(s) :

- Endurance cardio-respiratoire
- Renforcement musculaire
- Souplesse
- Aptitude neuromotrices
- Autre(s) : .....

Intensité recommandée :

- Légère
- Modérée
- Élevée

• Préconisation de ..... à ..... séances de ..... à ..... minutes chacune par semaine

• Informations complémentaires :

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

## RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ

• Si besoin, indiquez les précautions cardiaques à prendre

.....  
.....

Efforts à ne pas réaliser :

- Endurance
- Vitesse
- Résistance

Articulations à ne pas solliciter (préciser la latéralité si besoin)

- Rachis
- Épaule
- Hanche
- Genou
- Cheville

Actions à ne pas réaliser :

- Courir
- Porter
- S'allonger sur le sol
- Sauter
- Pousser
- Se relever du sol
- Marcher
- Tirer
- Mettre la tête en arrière

Arrêt en cas de :

- Fatigue
- Douleur
- Essoufflement

Face

Dos

Autre.....

Date ...../...../.....

Tampon et signature du médecin :

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR SÉCURISER LA PRATIQUE

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



**Association Form'AP,**

11 avenue Archimède, 33600 PESSAC

Siren : 820 629 053 00027 - Code APE : 8551Z

contact@form-ap.com - 07 63 41 58 11 - FORM-AP.COM

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 75 33 10296 33, auprès du préfet de région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes