

## CERTIFICAT MÉDICAL DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTE

Je soussigne(e)				
Docteur en médecine exerçant à				
certifie avoir examiné ce jour Mme / M.:				
Né(e) le :				
Et prescris une activité physique à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient dans le cadre des quatre pathologies retenues dans le dispositif « Sport Santé sur Ordonnance » de la ville de Dunkerque².				
	Les activités proposées :	Préconisations d'activités et recomm	andations	
	Marche sportive, Marche nordique, Gym pilate, Multiactivités, Aquagym, Aquados, Natation perfectionnement, Sports de raquettes, Renforcement musculaire, Yoga, Plongée santé, Rando-vélo, Cardio-renfo.			
Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.				
7	Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour.			
	Fait à :			
1	Le:			

## **CONTACT**

Direction des sports
287 Avenue de Rosendaël - 59240 Dunkerque
Accueil : 03.28.59.00.00
sportsurordonnance@ville-dunkerque.fr







