

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine exerçant à .....

certifie avoir examiné ce jour Mme / M. : .....

Né(e) le : .....

Et prescrit une activité physique adaptée au patient présentant des facteurs à risques ou dans le cadre des sept pathologies retenues dans le dispositif « Sport Santé sur Ordonnance » de la ville de Dunkerque<sup>2</sup>.

### Les activités proposées :

Marche sportive,  
Marche nordique,  
Gym pilate,  
Multiactivités,  
Aquagym,  
Aquados,  
Natation perfectionnement,  
Sports de raquettes,  
Renforcement musculaire,  
Yoga,  
Plongée santé,  
Rando-vélo,  
Cardio-renfo,  
Taï So  
Pétanque

### Préconisations d'activités et recommandations à l'attention des éducateurs sportifs formés Sport Santé sur ordonnance :

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

<sup>1</sup>- Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin à des patients atteints d'une ALD

- Loi n°2022-296 du 02 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France élargit la prescription d'activités physiques adaptées aux personnes à risques : hypertensions, surpoids, obésité (IMC ≤ 35)

<sup>2</sup> - Concerne les patients ne présentant aucune ou des limitations minimales des phénotypes fonctionnels sur les ALD suivantes : maladies cardio-vasculaires, pathologies respiratoires, diabète, cancers, dépression, spondylarthrite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour.

Fait à : .....

Le: .....

Cachet et signature du médecin

(obligatoire) :

### CONTACT

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