

# CERTIFICAT DE PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE

**Je prescris une activité physique régulière et modérée.**

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine exerçant à .....

Certifie avoir examiné ce jour Mr/Mme .....

Né(e) le 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication clinique apparente à la pratique d'une d'activité physique adaptée et encadrée.

Cette activité physique doit être effectuée au sein d'une structure reconnue par les Institutions Régionales de Santé\*, dont la liste figure sur le site internet [imapac.fr](http://imapac.fr) et sur la brochure qui vous est remise avec la présente ordonnance dans le cadre du **programme IMAPAC « Initier et Maintenir une Activité Physique Avec un Cancer »**.

Cette ordonnance est valable pour une prise en charge de 3 mois à compter de la date d'inscription au sein d'une structure reconnue. Aucun frais n'est à prévoir par le patient.

Certificat établi par le médecin traitant et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

**Cachet du médecin**

Fait à .....

Le ...../...../.....

Signature du médecin

\* Réseau Régional de Cancérologie OncoBasseNormandie, Union Régionale des Médecins Libéraux de Basse-Normandie (URML), Mutualité Sociale Agricole (MSA), Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Basse-Normandie (CPAM), Régime Social des Indépendants Basse-Normandie (RSI), Agence Régionale de Santé Basse-Normandie (ARS), Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de Basse-Normandie (DRJSCS BN).