



SPORT SANTÉ
SUR ORDONNANCE
MODE D'EMPLOI

**AVEC LA MAISON SPORT SANTÉ CURIAL
LA VILLE DE PARIS VOUS ACCOMPAGNE**

**MAISON
SPORT SANTÉ
CURIAL**

Contact: 01 40 33 26 02
Mail: maisonsportsante-curial@paris.fr
Accès: Gymnase Curial 84 rue
curial 75019 Paris



1



PATIENT
JE CONSULTE MON MÉDECIN

2



MÉDECIN
JE PRESCRIS ET J'ORIENTE

Si vous n'avez pas de
prescription venez
quand même

3



**MAISON SPORT SANTÉ
CURIAL**

**INFORME
ÉVALUE
CONSEILLE
ACCOMPAGNE
ORIENTE
SUIT**

4



CHOIX
OFFRES DE LA VILLE DE PARIS
OFFRES MÉDICO-SPORTIVES
CLUBS LABELLISÉS PRESCRI'FORME
PRATIQUES ASSOCIATIVES
PRATIQUES EN AUTONOMIE

WWW.PRESCRIFORME.FR

FICHE DE PRESCRIPTION

VOTRE CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION

NOM DU PATIENT

- JE PRESCRIS UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET/OU SPORTIVE ADAPTÉE PENDANT _____, À ADAPTER EN FONCTION DE L'ÉVOLUTION DES APTITUDES DU PATIENT.

- PRÉCONISATION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ET RECOMMANDATIONS

- PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES SUR

- ☐ APPAREIL LOCOMOTEUR
- ☐ CARDIO-VASCULAIRE
- ☐ CUTANÉ ET INFECTIEUX
- ☐ CHUTE ET RISQUE DE FRACTURE
- ☐ AUTRES :

- OBSERVATIONS DU PRESCRIPTEUR

DOCUMENT REMIS AU PATIENT : OUI NON

LIEU : -----

DATE |__|__| |__|__| 2 0 2 |__|

SIGNATURE
(CPTS PARIS NEUF)



JE SOUSSIGNÉ(E) DOCTEUR

CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ (E) CE JOUR
M/MME -----

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 LES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET/OU SPORTIVES ADAPTÉES INTÉGRÉES AU DISPOSITIF PRESCRI'FORME

LIEU : -----

DATE |__|__| |__|__| 2 0 2 |__|

SIGNATURE
(CPTS PARIS NEUF)

Cachet professionnel

