

# Certificat médical

Je soussigné, Dr. ....  
certifie avoir examiné ce jour, Mr / Mme  
.....  
né(e) le ..... / ..... / .....

et n'ayant constaté aucune contre-indication médicale à la pratique de l'activité physique et sportive adaptée à sa santé.

## Prescription médicale

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 et recommandations (activités, fréquence, intensité...) :  
.....  
.....  
.....

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser de l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de santé publique<sup>1</sup>), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire<sup>2</sup> :  
.....

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu	Date	Signature	Cachet professionnel
------	------	-----------	----------------------

<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 traitant à des patients atteints d'une ALD.

<sup>2</sup> Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée).



## Contacts

### La maison Sport Santé Prescri'bouge

[www.prescribouge.fr](http://www.prescribouge.fr)



**Manon MOTTIN**  
Référente Prescri'bouge  
sur la Communauté de  
communes Le Grésivaudan

06 11 33 53 95

[mmottin@le-gresivaudan.fr](mailto:mmottin@le-gresivaudan.fr)



La maison Sport santé portée par le CDOS 38

DANS LE GRÉSIVAUDAN

**Vous souhaitez commencer ou reprendre une activité physique ?**

Et vous avez des

**besoins spécifiques ?**



**Vous êtes :**

- ATTEINT D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE, EN SURPOIDS OU OBÉSITÉ
- ÂGÉ DE PLUS DE 60 ANS
- EN AFFECTION LONGUE DURÉE



Le GRÉSIVAUDAN  
communauté de communes

# La maison Sport Santé Precri'bouge

## une action du contrat local de santé

Le Contrat Local de Santé du Grésivaudan est un outil de partenariat qui permet de consolider les dynamiques locales sur les questions de santé.

Il réunit **10 cosignataires** autour d'un objectif commun : **réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.**

### POUR QUI ?

Pour **TOUS** les habitants du Grésivaudan.

### COMMENT ?

À travers une **60aine d'actions** déclinées via **5 grands axes** :



L'accès aux soins et l'entrée dans le parcours de soins (en particulier pour les publics vulnérables).



L'autonomie des personnes âgées et des personnes adultes en situation de handicap.



La santé mentale.



L'éducation, la promotion et l'accès à la santé du public jeune (y compris jeunes porteurs de handicap).



Le cadre de vie et la santé environnement.



“Comme le dit l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé se définit comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Le déploiement de la **maison Sport Santé Precri'bouge** sur le territoire est en cohérence totale avec ce principe et également avec l'objectif du Contrat Local de Santé : **réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.** C'est un dispositif accessible au service des habitants du Grésivaudan.”



ROGER COHARD, 6<sup>ème</sup> VICE-PRÉSIDENT  
en charge de l'emploi, l'insertion,  
la prévention et la santé



# L'accompagnement est

## gratuit, individualisé et adapté à la personne

(toutefois, le coût de la pratique reste à la charge du bénéficiaire)

Étapes obligatoires

Étapes complémentaires, si besoin

1

**ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE  
AVEC PRESCRI'BOUGE**

4

**ENTRÉE DANS L'ACTIVITÉ EN STRUCTURE  
OU AVEC UN PROFESSIONNEL EN APA\***

2

**AVOIR UN CERTIFICAT MÉDICAL  
+ PRESCRIPTION MÉDICALE**

5

**SUIVI TÉLÉPHONIQUE  
RÉGULIER**

2

A

**RENDEZ-VOUS MÉDICAL  
AVEC ÉPREUVE D'EFFORT**

6

**RENDEZ-VOUS DE BILAN  
AU BOUT D'1 AN DE PRATIQUE**

2

B

**RÉENTRAÎNEMENT AU SEIN D'UN  
ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE  
SUITE ET DE RÉADAPTATION**

7

**SUIVI TÉLÉPHONIQUE  
RÉGULIER**

3

**RENDEZ-VOUS AVEC PRESCRI'BOUGE  
POUR EFFECTUER UN BILAN DE  
CONDITION PHYSIQUE ET UN ENTRETIEN  
MOTIVATIONNEL AFIN DE CHOISIR UNE  
OU PLUSIEURS ACTIVITÉS**

8

**FIN DU PARCOURS  
D'ACCOMPAGNEMENT À 2 ANS**

3

A

**PARTICIPATION AUX  
ATELIERS PASSERELLES**

\*APA : Activité Physique Adaptée