

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Programme APA

Votre patient(e) M. ou Mme
souhaite pratiquer une activité physique au bénéfice de sa santé avec le groupe
GE APA Santé

PRÉSENTATION

L'ASSOCIATION

- GE APA Santé Nutrition
- Enseignant en Activité Physique Adaptée (licence et/ou master APA-S)

OBJECTIFS DU PROGRAMME APA

- Maintenir/développer la condition physique et l'autonomie
- Lutter contre la sédentarité
- Créer du lien social



DÉMARCHE

- Évaluation
- Certificat médical
- Programme APA
- Bilan
- Accompagnement

ORGANISATION

- Séances individuelles et/ou collectives
- Pratique sécuritaire

MODALITÉS

GE APA Santé

📍 11 avenue Archimède – 33600 Pessac

☎ 06 69 94 99 44

✉ secretariat@ge-apa-sante.com

🌐 www.ge-apa-sante.com



Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activité physique dans le cadre d'un programme APA

Année

Je soussigné(e), Docteur

certifie que (M, Mme) NOM Prénom Age.....

est apte à la pratique d'activité physique, dans le cadre d'un programme APA

Mail du médecin
(Facultatif)

Cachet et signature
du médecin

GE APA Santé

📍 11 avenue Archimède – 33600 Pessac

☎ 06 69 94 99 44

✉ secretariat@ge-apa-sante.com

🌐 www.ge-apa-sante.com

Prescription médicale d'activité physique dans le cadre d'un programme APA

Je soussigné(e) Docteur certifie avoir examiné ce jour
M./Mme Né(e) le et constaté que son état de
santé nécessite la pratique d'une activité physique dans les conditions de la présente prescription.

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Privilégier ce(s) type(s) d'activité(s) :

- ☐ Endurance cardio-respiratoire
- ☐ Renforcement musculaire
- ☐ Souplesse
- ☐ Aptitude neuromotrices
- ☐ Autre(s) :

Intensité recommandée :

- ☐ Légère
- ☐ Modérée
- ☐ Élevée

• Préconisation de à séances de à minutes chacune par semaine

• Informations complémentaires :

.....

.....

.....

.....

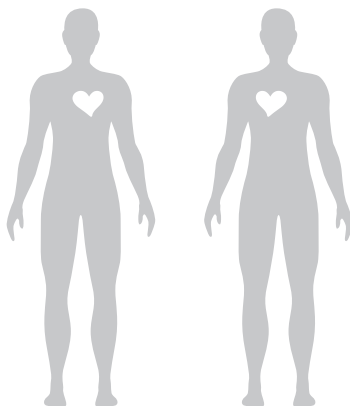
.....

RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ

• Si besoin, indiquez les précautions cardiaques à prendre

.....

.....



Face

Dos

☐ Efforts à ne pas réaliser :

- ☐ Endurance
- ☐ Vitesse
- ☐ Résistance

☐ Articulations à ne pas solliciter (*préciser la latéralité si besoin*) :

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Rachis | ☐ Épaule | ☐ Hanche |
| ☐ Genou | ☐ Cheville | |

☐ Actions à ne pas réaliser :

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ Courir | ☐ Porter | ☐ S'allonger sur le sol |
| ☐ Sauter | ☐ Pousser | ☐ Se relever du sol |
| ☐ Marcher | ☐ Tirer | ☐ Mettre la tête en arrière |

☐ Arrêt en cas de :

- ☐ Fatigue
- ☐ Douleur
- ☐ Essoufflement

☐ Autre

Date

Tampon et signature du médecin :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR SÉCURISER LA PRATIQUE

.....

.....

.....

.....

.....

.....