CERTIFICAT MÉDICAL ET PRESCRIPTION MÉDICALE

PROGRAMME EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Votre patient souhaite s'inscrire dans un programme en APA en individuel et/ou en collectif, avec le GE APA Santé :

Je soussigné(e), Docteur ..... certifie avoir examiné ce jour
M. / Mme ..... né(e) le ..... et constaté que son état de santé ne contre indique pas la pratique d'une activité physique dans les conditions de la présente consultation.

INDICATIONS

Antécédents médicaux et chirurgicaux majeurs à prendre en compte :

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

Date : .....

Tampon et signature du médecin

POUR VIVRE MIEUX BOUGEONS ENSEMBLE

EDITO

Depuis plus de 15 ans, le GE APA Santé est un acteur local reconnu pour son expertise, son expérience et sa proximité.
Nous croyons que la santé se construit ensemble : en plaçant le bénéficiaire au centre de nos préoccupations, en écoutant les besoins des partenaires, et en innovant dans nos formats et nos démarches.
Notre mission est claire : accompagner chaque structure, chaque personne, dans un projet adapté, humain et durable.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE



PARCOURS

- **Travail en lien avec les professionnels de santé et aidants**
- **Evaluation initiale des capacités fonctionnelles et besoins**
- **Programme en APA, encadré par des Enseignants en Activité Physique Adaptée**
- **Evaluation finale et bilan de l'accompagnement**
- **Orientation et suivi vers une pratique autonome et/ou encadrée**

ge-apa-sante.com
secretariat@ge-apa-sante.com
06 69 94 99 44

Suivez nos actualités