



Recommandations pour l'adaptation de la pratique

Le/la pratiquant(e) peut avoir des difficultés à réaliser les actions suivantes :

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Marcher | <input type="checkbox"/> Courir | <input type="checkbox"/> Sauter | <input type="checkbox"/> Lancer |
| <input type="checkbox"/> Tirer | <input type="checkbox"/> Pousser | <input type="checkbox"/> Attraper | <input type="checkbox"/> S'allonger au sol |
| <input type="checkbox"/> Se relever du sol | | <input type="checkbox"/> Maintenir son équilibre / Eviter les chutes | |
| <input type="checkbox"/> Visualiser l'espace | | <input type="checkbox"/> Comprendre les consignes | |
| <input type="checkbox"/> Retenir les consignes | | <input type="checkbox"/> Se concentrer longtemps sur une tâche | |
| <input type="checkbox"/> Communiquer | | <input type="checkbox"/> Comprendre les consignes | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | | |

La pratique nécessite une aide à la mobilité :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Canne | <input type="checkbox"/> Béquilles | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> Autre : | |

Il faut être vigilant lors de la sollicitation des articulations suivantes :

Si besoin, indiquez la latéralité avec D pour droite ou G pour Gauche à côté de l'articulation

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rachis | <input type="checkbox"/> Autre(s) articulation(s) : |
|---------------------------------|---|

Autres aménagements souhaitables :

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Favoriser les activités physiques avec déplacements du corps dans l'axe (ex : marche) |
| <input type="checkbox"/> Favoriser les activités physiques permettant un allègement du corps (ex : natation, cyclisme, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Autre : |

Autres adaptations/recommandations/contre-indications:

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

Certificat médical

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

Et n'avoir pas constaté de contre-indications médicales à la pratique de l'activité physique et sportives.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit. Valable pour une durée de un an à compter de ce jour.

Cachet du médecin (obligatoire)

Fait à,
le / /
Signature du médecin :

Votre parcours au sein de Prescri' Bouge peut démarrer...

Merci de prendre rendez-vous afin d'élaborer votre parcours personnalisé vers l'activité physique et/ou sportive.

Pour cela, vous pouvez contacter Fanny au 06.03.93.60.69