

Contacts



CDOS
ISÈRE

Comité Départemental
Olympique et Sportif
de l'Isère

Siège social
Maison Départementale des Sports
7 rue de l'industrie
38320 Eybens

www.cdos-isere.fr



porteuse du
dapap
DISPOSITIF
D'ACCOMPAGNEMENT
VERS LA PRATIQUE
D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Parlez-en à votre médecin et contactez-nous !

✉ info@prescribouge.fr

☎ 06.03.93.60.69

🌐 www.prescribouge.fr

📷 📺 Dapap38 - Prescri'Bouge

Un annuaire
des activités

🌐 Sur www.prescribouge.fr



● Sport santé
= avec besoins
d'adaptation

● Sport bien-être
= sans besoin
d'adaptation



ars
Agence Régionale de Santé
Rhône-Alpes

isère
LE DÉPARTEMENT

AGENCE
NATIONALE
DU SPORT



RÉGION ACADÉMIQUE
AUXÈRE
RHÔNE-ALPES

ars
Agence Régionale de Santé
Rhône-Alpes

isère
LE DÉPARTEMENT

AGENCE
NATIONALE
DU SPORT



La Maison Sport Santé
Prescri'Bouge

porteuse du

dapap
DISPOSITIF
D'ACCOMPAGNEMENT
VERS LA PRATIQUE
D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Vous souhaitez commencer
ou reprendre une
activité physique
Et vous avez des
besoins spécifiques

En affection de
longue durée

OU

Âgé de
plus de
60 ans

OU

Atteint d'hypertension
artérielle, en surpoids
ou obésité

**Vous
êtes**



CDOS
ISÈRE

Un accompagnement vers la pratique



1 Entretien téléphonique ou réunion collective

1 ¹ Rendez-vous médical avec épreuve d'effort

1 ² Réentraînement au sein d'un Etablissement de Soins de Suite et de Réadaptation

2 RDV avec le dispositif, **au plus proche de chez vous**, pour effectuer un bilan de condition physique ainsi qu'un entretien motivationnel afin de choisir une ou plusieurs activités

2 ¹ Participation aux ateliers passerelles organisés par le dispositif ou ses partenaires

3 Entrée dans l'activité en association ou avec un professionnel en APA*, possibilité d'être accompagné par le dispositif sur les premières séances

4 Suivi téléphonique régulier

5 Rendez-vous bilan au bout de 1 an de pratique puis suivi téléphonique régulier

6 Fin du parcours d'accompagnement à 2 ans

Pratique autonome en association ou avec des professionnels APA*

*APA : Activité Physique Adaptée

Certificat médical

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

Et n'avoir 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 publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire² :

☐ Document établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

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

¹ 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

² 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).