

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ET SANTÉ

Téléphone : 02.43.28.84.03 Mail : secretariat@samourai2000.com

### IDENTITÉ

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
E-Mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Téléphone d'urgence : \_\_\_\_\_  
Né(e) :  J  J  M  M  A  A  A  A à \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Taille\* : \_\_\_\_\_ Poids\* : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
\*informations non obligatoires

### CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Dr \_\_\_\_\_ certifie que le (la) patient(e), identifié(e) ci-dessus, est apte à pratiquer une Activité Physique Adaptée et Santé (APAS) dispensée par un Enseignant APAS. Celui-ci pourra établir un bilan complet de la condition physique de l'adhérent(e) dans le respect de ses compétences afin d'assurer un suivi.

#### Le (la) patient(e) présente (cochez les cases correspondantes) :

L'ALD ou les ALD (Affection de Longue Durée) suivantes :  
(Sport sur ordonnance relatif au décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016)

Recommandations particulières :

Limitations particulières :

Les objectifs suivants :

- Réentraînement à l'effort
- Renforcement musculaire adapté
  - GLOBAL
  - MS (membre supérieurs)
  - MI (membre inférieurs)
  - TRONC
- Équilibre (statique/dynamique)
- Coordination
- Souplesse
- Autres :

\_\_\_\_\_  
Date de l'examen

\_\_\_\_\_  
Signature et cachet