****

**Prescription d’une activité physique et sportive**

Je soussigné(e), Dr/Pr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Prescrit à Monsieur / Madame \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_,

Commune de résidence,

le programme de thérapie sportive de CAMI Sport & Cancer pour les raisons suivantes :

□ sédentarité et/ou déconditionnement physique

□ sarcopénie

□ adiposité

□ asthénie

□ douleurs (arthralgie, myalgie, troubles musculosquelettiques, etc.) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dans ce cadre, je certifie que Monsieur / Madame \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ne présente aucune contre-indication absolue à la pratique des séances de thérapie sportive encadrée par la CAMI Sport & Cancer.

Fait à ,

Le \_\_\_ /\_\_\_ / 20\_\_\_

Signature et/ou cachet du médecin :