

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE A TITRE THÉRAPEUTIQUE

Le :

Médecin prescripteur

Docteur :

RPPS :



Patient

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Coordonnées téléphoniques :

Évaluation de condition physique en maison sport et santé
Activités physiques adaptées dans le cadre de maladie chronique

Motif(s) justifiant(s) la prise en charge à la Maison Sport et Santé

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



1633 route de la ferme de Carboué
40 000 Mont-de-Marsan
Secrétariat : **05 58 05 22 07**
de 8h30 à 18h du lundi au vendredi
☎ : 05 58 05 22 82
✉ : maison.sport-sante@ch-mdm.fr

Signature :

Document à transmettre par mail ou par fax