

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION MÉDICALE SPÉCIFIQUE TENNIS SANTÉ

Je prescris une activité physique et sportive pour un cycle d'un an dans le cadre du programme tennis santé de la Fédération Française de Tennis, à **adapter en fonction des aptitudes du patient/pratiquant**.

- Dans un club labellisé tennis santé avec un enseignant diplômé d'État formé au tennis santé et à la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques.

- Séances régulières, adaptées, sécurisantes et progressives d'intensité faible à modérée.

- Recommandations et limitations éventuelles :

- Limitation de la mobilité articulaire : ☐ Oui ☐ Non (si oui, précisez)

.....  
.....

- Douleurs : ☐ Oui ☐ Non (si oui, précisez) .....

.....

- Autres : .....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e), docteur .....,

certifie avoir examiné Mr/Mme .....,

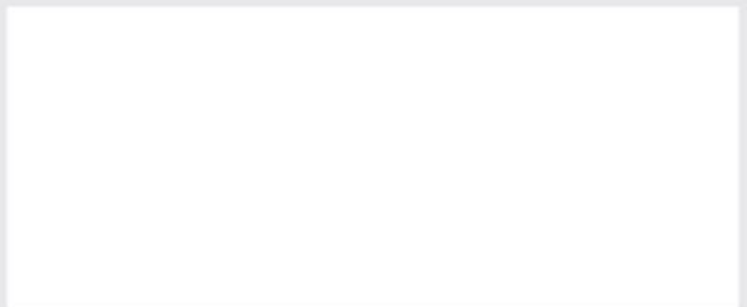
né(e) le ....., et atteste à ce jour de l'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique et sportive adaptée.

LIEU .....

DATE .....

CACHET PROFESSIONNEL

SIGNATURE



**La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas actuellement donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.**