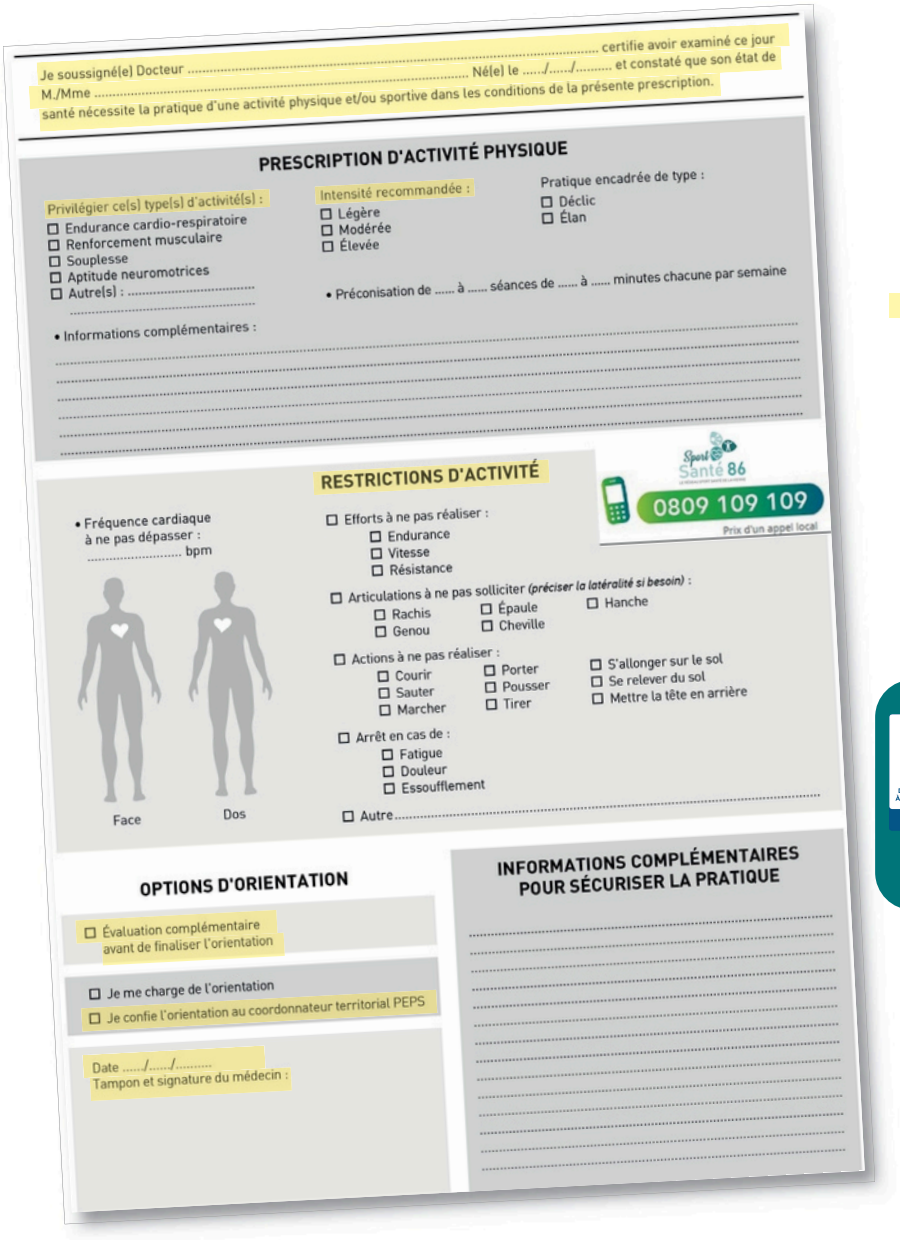
MEMO

Guide pour le remplissage du formulaire de prescription PEPS



Je soussigné(e) Docteur ..... certifie avoir examiné ce jour
M./Mme ..... Né(e) le ...../...../..... et constaté que son état de
santé nécessite la pratique d'une activité physique et/ou sportive dans les conditions de la présente prescription.

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Privilégier ce(s) type(s) d'activité(s) :
☐ Endurance cardio-respiratoire
☐ Renforcement musculaire
☐ Souplesse
☐ Aptitude neuromotrices
☐ Autre(s) : .....

Intensité recommandée :
☐ Légère
☐ Modérée
☐ Élevée

Pratique encadrée de type :
☐ Déclic
☐ Élan

• Préconisation de ..... à ..... séances de ..... à ..... minutes chacune par semaine

• Informations complémentaires :

RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ

Sport Santé 86 0809 109 109 Prix d'un appel local

• Fréquence cardiaque à ne pas dépasser : ..... bpm

☐ Efforts à ne pas réaliser :
☐ Endurance ☐ Vitesse ☐ Résistance

☐ Articulations à ne pas solliciter *(préciser la latéralité si besoin)* :
☐ Rachis ☐ Genou ☐ Épaule ☐ Cheville ☐ Hanche

☐ Actions à ne pas réaliser :
☐ Courir ☐ Sauter ☐ Marcher ☐ Porter ☐ Pousser ☐ Tirer ☐ S'allonger sur le sol ☐ Se relever du sol ☐ Mettre la tête en arrière

☐ Arrêt en cas de :
☐ Fatigue ☐ Douleur ☐ Essoufflement

Face Dos

☐ Autre.....

OPTIONS D'ORIENTATION

☐ Évaluation complémentaire avant de finaliser l'orientation

☐ Je me charge de l'orientation
☐ Je confie l'orientation au coordonnateur territorial PEPS

Date ...../...../.....
Tampon et signature du médecin :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR SÉCURISER LA PRATIQUE

En JAUNE,
les informations à remplir au minimum sur le formulaire de prescription PEPS.

À TRANSMETTRE AUX BÉNÉFICIAIRES :

DISPOSITIF D'APPUI À LA COORDINATION VIENNE

0 809 109 109
(prix d'un appel local)
Dispositif d'Appui à la Coordination

Association Sport Santé 86
07 71 64 84 44
thomas.chassin@sportsante86.fr
Maison des Sports de la Vienne
6 allée Jean Monnet - Bâtiment C3 - 86000 POITIERS

www.sportsante86.fr
@SportSante86