

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Tél. :

Courriel :

Les objectifs médicaux de prise en charge

- Perte de poids
- Adaptation cardiorespiratoire à l'effort
- Renforcement musculaire
- Mobilité articulaire
- Assouplissement
- Équilibre/prévention des chutes
- Relaxation/bien-être
- Autres :

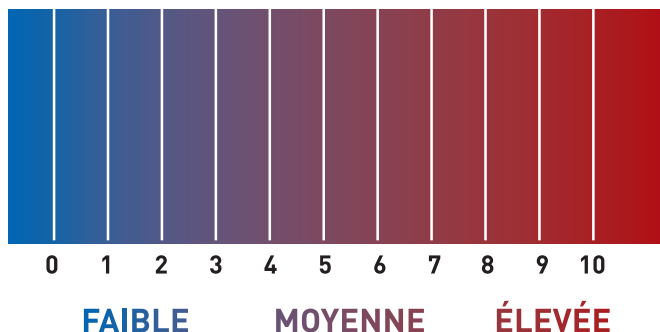
La fréquence de l'activité

- 1 fois par semaine
- 2 fois par semaine
- 3 fois par semaine
- À déterminer par l'éducateur

La durée de l'activité

- 30 minutes
- 1 h
- 1 h 30
- À déterminer par l'éducateur

L'intensité de l'activité



Les observation(s), contre-indication(s), précaution(s)

.....

.....

.....

Je certifie, à la date de ce jour, n'avoir constaté aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique d'activités physiques adaptées modérées et régulières dans le cadre du dispositif ANGLLET PEPS, ni aucune limitation fonctionnelle sévère telle que mentionnée à l'annexe 11-7-2 du décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016.

Fait à, le

Signature du médecin

CACHET

FICHE DE SUIVI N°1

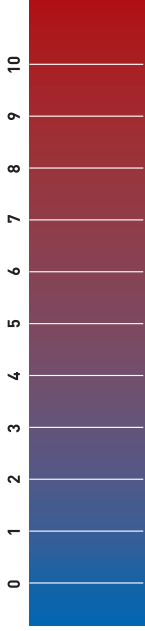
Fiche à compléter par l'éducateur

Date :

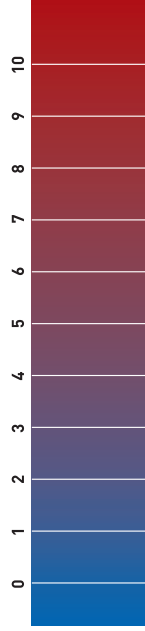
Activité(s) pratiquée(s) :

L'intensité

• Début de période :



• Fin de période :



Commentaires de l'éducateur :

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du médecin :

.....

.....

.....

.....

.....

FICHE DE SUIVI N°2

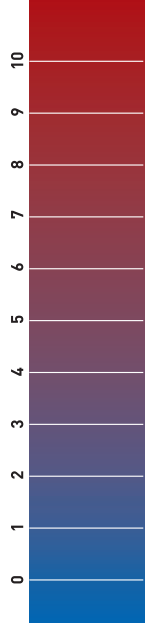
Fiche à compléter par l'éducateur

Date :

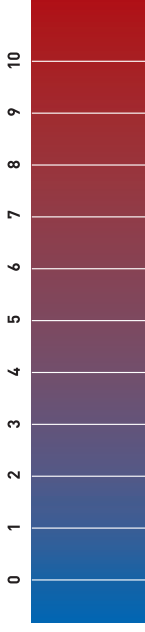
Activité(s) pratiquée(s) :

L'intensité

• Début de période :



• Fin de période :



Commentaires de l'éducateur :

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du médecin :

.....

.....

.....

.....

.....