

# Activités Sportives Adaptées sur ordonnance

Tampon du Médecin

(\*)Dr : .....

N° de Tel : .....

Adresse mail : .....

Orientation diabète

Orientation articulations

Orientation gestion du poids (\*\*)

Orientation psychiatrique

Nom du patient : .....

Adresse : .....

14000 CAEN

Âge : ..... Poids : ..... Taille : .....

Objectif de l'activité physique adaptée :

Précautions :

Contact pour la pratique d'Activité Physique

Centre Sportif de la Haie Vigné  
135, rue de Bayeux – 14000 CAEN  
tel : 02.31.30.46.36

Jours

Lundi

Mercredi

Judi

Vendredi

Horaires

8h00 – 12h00 / 14h00 – 17h00

----- / 14h00 – 17h00

8h00 – 12h00 / 14h00 – 17h00

8h00 – 12h30 / -----

Mettre sous pli les informations complémentaires utiles à la mise en place  
d'une activité physique adaptée.

Document remis au patient

(\*) informations lisibles indispensables

(\*\*) destinée uniquement aux enfants (de 6 à 16 ans)