

Rempli par l'intervenant en activité physique le :

Accord du pratiquant pour transmission du document au médecin prescripteur

Date du dernier compte rendu : ...../...../.....

M. / Mme (Prénom, Nom du patient) : .....

1) A pratiqué une activité physique adaptée, que j'ai supervisée pendant :

Nom du programme / de l'activité

2) Évolution de ses capacités physiques travaillées pendant les séances

- |   |   |   |   |                                       |   |   |   |
|---|---|---|---|---------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Capacités cardio-vasculaires | + | = | - | <input type="checkbox"/> Coordination | + | = | - |
| <input type="checkbox"/> Force musculaire             | + | = | - | <input type="checkbox"/> Équilibre    | + | = | - |
| <input type="checkbox"/> Souplesse                    | + | = | - |                                       |   |   |   |

3) Niveau de réalisation du ou des objectifs fixés en amont (le cas échéant) :

- < 25%       25 à 50%       50 à 75%       > 75%

4) Niveau d'assiduité aux  séances par semaine proposées :

- < 25%       25 à 50%       50 à 75%       > 75%

Événement à rapporter pendant la période pouvant avoir impacté l'assiduité (exemples non exhaustifs : dégradation de l'état de santé, hospitalisation, baisse de moral...) :

Propositions concernant la poursuite de l'activité physique :

Risques identifiés :

Autres remarques :

Signature et coordonnées de l'intervenant :