

Je soussigné(e) Docteur en médecine

Spécialité médicale :

Déclare après un examen approfondi que Monsieur / Madame :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / 19.....

Nécessite une prescription en activité physique / sportive adaptée
à adapter en fonction de l'évolution de l'aptitude du patient.

Préconisation d'activités et recommandations :

.....
.....
.....

Lieu :

Date : / / 2021

Signature :

Cachet Professionnel :



Maison Intercommunale Sport Santé

Association DK PULSE
20 Rue Vatel - 59180 Cappelle La Grande
06 68 27 20 76



secretariat.dkpulse@gmail.com
www.dkpulse.com

