



**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

### **Je soussigné prescris une activité physique adaptée de Cyclisme Santé**

- Dans le cadre d'un club labellisé Cyclisme Santé en Pédaler Santé de la FFC

- Animée par un éducateur spécialisé Coach Vélo Santé ou un Enseignant en Activité Physique Adaptée.

Cette activité comprend principalement un exercice aérobie, la pratique du cyclisme, ainsi que des exercices de renforcement musculaire, de souplesse, d'équilibre et de coordination.

### **Je certifie que le/la patient(e) est éligible au dispositif cyclisme santé sur prescription médicale**

Sont éligibles à ce dispositif les patients présentant une pathologie chronique en ALD, une HTA, une obésité ou une perte d'autonomie.

## **PRECAUTIONS**

### **Précisions éventuelles sur les adaptations à proposer :**

- **Vigilance particulière sur l'appareil locomoteur :**

Rachis  Genou  Epaule  Cheville  Hanche  Coude  Autre

Commentaires et adaptations spécifiques :

- **Troubles de l'équilibre à risque de chute :**  Oui  Non

Commentaires :

- **Limitation cardio-vasculaire :**

Eviter les exercices de forte intensité

Restriction de résistance

Recommandations spécifiques :

- **Autres :**

**Lieu :**

**Date :**

**Signature**

Cachet professionnel