

Atelier d'Activités Physiques Adaptées

Certificat Médical/ Questionnaire

Votre patient ou patiente Mr ou Mme....., souhaite participer aux ateliers d'activités physiques adaptées.

Ces ateliers ont pour objectif de favoriser le maintien de l'autonomie et du lien social chez la personne âgée, par :

- Des exercices physiques adaptés renforçant la musculature, la souplesse, la posture et l'équilibre
- Des activités permettant une amélioration du capital santé et une multiplication des rencontres et des échanges

Ils sont réalisés dans votre département par :

Association SIEL BLEU – 71 bis bd. Thiers – appt 10 – 37000 TOURS – 02.47.37.39.47

Afin que M ou Mme.....Né(e) le..... puisse participer en toute sécurité à ces ateliers merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire de santé.

1. Votre patient(e) présente-t-il (elle) une contre-indication à l'exercice physique en collectivité ?

Oui Non

2. Votre patient(e) présente-t-il (elle) une limitation de l'amplitude du mouvement d'une articulation ?

Oui Non

Si oui : - Quelle articulation ?.....

- Pour quel mouvement ?.....

3. Votre patient(e) présente-t-il (elle) une altération d'un des moyens de communication ?

Oui Non

Si oui lequel ?.....

4. Votre patient(e) présente-t-il (elle) déjà un facteur de risque de chute ?

• Vasculaire ? Oui Non

• Articulaire ? Oui Non

• Métabolique ? Oui Non

• Autre ? Oui Non Lequel ?.....

La présence d'un facteur de risque n'interdit pas la participation aux ateliers mais sa connaissance permet une meilleure adaptation des exercices et une surveillance ciblée.

Suggestions ou

remarques :

.....

.....

Cachet et signature du Médecin :

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce document obligatoire pour l'inscription aux activités.