

PRESCRIPTION MEDICALE PAGAIE SANTE®

Je soussigné(e),

Docteur en médecine.

N° RPPS

Exerçant à

Médecin traitant

Autre :

Préconise à :

Nom

Prénom

Date de naissance

De s'inscrire au programme Pagaie Santé®¹ au sein d'un club Pagaie Santé® ou une structure affiliée à la FFCK et sports de pagaie, encadré par un intervenant ayant les compétences requises²

Recommandations éventuelles :

Niveau d'intensité autorisé :

- Faible ou légère : essoufflement me permettant de parler et de chanter
- Modérée essoufflement me permettant de parler mais pas de chanter
- Élevée : essoufflement me permettant ni de parler ni de chanter

Cachet du médecin

Fait à _____, le _____
Signature du médecin

¹ En application de l'article L1172-1 du CSP, il s'agit d'une activité physique qui prend en compte la sévérité de la pathologie, les capacités fonctionnelles et le risque médical du patient.

² En accord avec les qualifications requises par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.