



PRESCRIPTION D'UN REENTRAINEMENT A L'EFFORT
A faxer au 03.20.44.54.11

Le/...../.....

Je soussigné, certifie que M.....peut bénéficier d'un réentraînement à l'effort personnalisé avec un éducateur médico-sportif selon les modalités suivantes :

- EFFORT EN ENDURANCE
 - à minutes/séance
 - à séances/semaine
 - Fréquence cardiaque cible =±10/minute

- RENFORCEMENT MUSCULAIRE
 - Membres inférieurs
 - Membres supérieurs
 - Autre :

- ETIREMENTS
 - 5 minutes/séance

TYPE D'ACTIVITE :

- Vélo / cycloergomètre
- Marche / course à pied
- Autre :

ENCADREMENT (*cocher une des deux propositions*)

- Surveillance impérative de chaque séance par l'éducateur médico-sportif
- Possibilité de séances en autonomie

Tampon médecin

Signature