



Programme d'Activité physique Adaptée (APA)

Je soussignée (e), demande que mon/ma patient(e) intègre le programme d'APA du réseau SINDEFI., à adapter en fonction de l'évolution de ses aptitudes.

Médecin prescripteur

Prénom, Nom _____

Ville ou
établissement _____

Adresse
e-mail _____

Patient(e)

Prénom _____

Nom _____

Diagnostic Sclérose en plaques
 Neuropathie périphérique inflammatoire
 Maladie de Parkinson

Recommandations particulières ou limites :

Date :

Signature