

# Parcours Sport Santé

Rhumatismes?

Arthrose?



Douleurs dorsales?

A partir de fin  
septembre  
2026

## programmes ciblés

- **Lombalgies chroniques impactant la vie professionnelle et personnelle (30-50 ans)**

 Les lundis et jeudis de 18h15 à 19h15  
 Tournus

Activité physique sur prescription en lien avec  
votre médecin

Séances adaptées à votre condition  
physique/pathologie

Encadrement par une kinésithérapeute et une  
enseignante en activité physique adaptée

- **Activité physique et douleurs rhumatismales chez le retraité (plus de 60 ans)**

 Les lundis et jeudis de 10h30 à 11h30  
 Tournus

Et si vous preniez soin de vous en  
pratiquant une activité physique adaptée ?

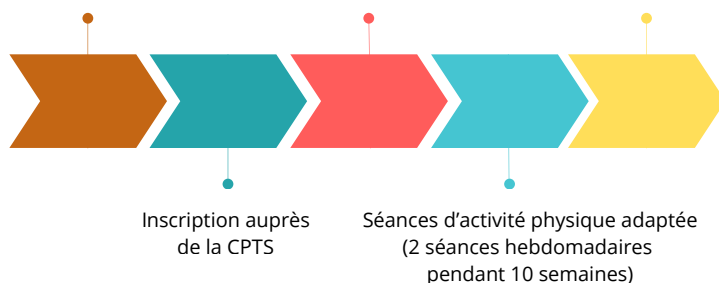
A partir de fin  
septembre  
2026

## Déroulement du parcours

Prescription d'activité  
physique adaptée par  
votre médecin (certificat  
à compléter au dos)

Bilan initial pour évaluer  
les besoins et capacités  
de chaque participant

Bilan final pour  
mesurer l'évolution  
des participants



Un compte-rendu et bilan comparatif vous sera transmis et remis également au médecin prescripteur et au médecin traitant.

## Vous souhaitez participer?

**Parlez en à votre médecin  
puis inscrivez-vous auprès de la CPTS  
au 06 79 91 08 90 ou par mail à  
[contact.cpts@r3stournus.fr](mailto:contact.cpts@r3stournus.fr)**

Participation de 50€  
Matériel fourni et remis en fin de programme

## Certificat médical

de non contre-indication et de prescription pour la pratique d'une activité physique et/ou sportive adaptée, régulière, sécurisante et progressive.

Je soussigné(e).....  
docteur en médecine exerçant à.....  
certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme,.....  
né(e) le.....  
et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents,  
contre-indiquant la pratique physique et/ou sportive dans les disciplines  
souhaitées.....  
.....

### LIMITATIONS FONCTIONNELLES DU PATIENT (champs obligatoire) :

☐ Aucune ☐ Légères ☐ Modérées ☐ Sévères

### RECOMMANDATIONS MÉDICALES à l'attention des éducateurs sportifs (champs obligatoires) :

#### - MOUVEMENTS LIMITÉS EN

☐ Amplitude ☐ Vitesse ☐ Charge ☐ Posture

#### - EFFORTS LIMITÉS SUR LE PLAN

☐ Musculaire ☐ Cardio-vasculaire ☐ Respiratoire

#### - CAPACITÉS À L'EFFORT LIMITÉES EN

☐ Endurance (longue et peu intense) ☐ Résistance ☐ Vitesse (brève et intense)

#### - CAPACITÉS INCOMPATIBLES AVEC

☐ Un travail en hauteur ☐ Le milieu aquatique  
☐ Des conditions atmosphériques particulières (préciser)  
.....  
.....

### Autres PRÉCAUTIONS et/ou PRÉCONISATIONS dans les activités physiques pratiquées :

CERTIFICAT établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit. Valable pour une année à compter de ce jour.

Cachet du médecin (obligatoire)

Fait à ..... le.....

Signature du médecin  
\_\_\_\_\_



# Parcours Sport Santé

Rhumatismes?  
Arthrose?  
Douleurs dorsales?



Et si vous preniez soin de vous en pratiquant une activité physique adaptée ?