

**PRESCRIPTION D'EXERCICES PHYSIQUES**  
**DANS LE CADRE DES ACTIVITES DE L'ASBL RE-SOURCE**

**Coordonnées du Patient :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Téléphone : .....

Je soussigné(e), docteur en médecine, déclare après examen que le/la patient(e) est apte à pratiquer les activités suivantes :

Renforcement musculaire  Entraînement cardio  Danse  Yoga  Marche nordique  Qi Gong

Signature et cachet du médecin :

Date : .....

***La durée de validité de la prescription est valable 1 an à compter de la date à laquelle le prescripteur a rédigé la prescription.***

Remarques particulières : .....

.....

.....

.....

***Avis de confidentialité sur les données personnelles***

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'ASBL Re-source. Elles sont conservées et destinées à l'ASBL Re-source dans le cadre d'un accompagnement coordonné sauf opposition justifiée de votre part.*

*Conformément au Règlement Général de Protection des Données, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le référent à la protection des données de l'ASBL :*

*Mme Yannick Nicodème, Directrice*

*Re-source Chirec Delta Center, ASBL*

*E-mail : [info@re-source-delta.be](mailto:info@re-source-delta.be)*