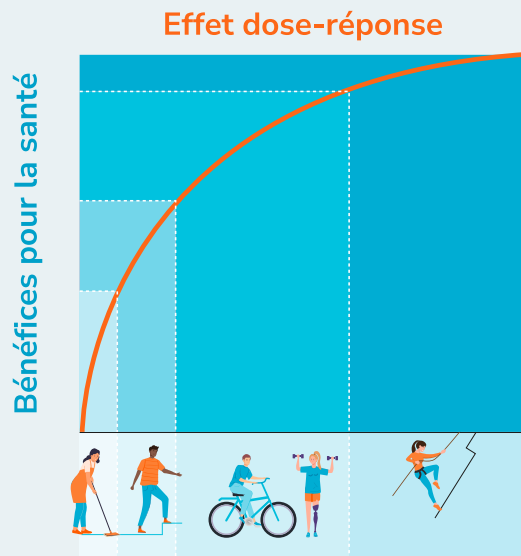


Prénom :

Date de naissance : / /

Motivations :



Motivations :

Type d'activité physique	Nombre de jours / semaine	Durée par jour	Intensité

Consultation de suivi à mon cabinet médical, le (date) :

☐ Brochure PAPRICA « Bouger »	☐ Agenda d'activité physique
☐ Flyer « Chaque mouvement compte »	☐ Suggestion d'offres en activité physique (site jemebouge.ch)

Lieu, date :

Timbre et signature du médecin