

FICHE DE TRANSMISSION KINE VERS APA

Date :

Je soussigné.e, certifie avoir examiné ce jour

Nom :

Prénom :

Né.e le : arrive au terme de sa rééducation

Motif de prescription initial :

Je préconise qu'il poursuive une activité physique encadrée afin d'entretenir ses capacités physiques.

Je pense qu'il est pertinent de travailler sur :

- ☐ Endurance
- ☐ Renforcement musculaire
- ☐ Mobilité
- ☐ Équilibre
- ☐ Coordination

Facultatif : Merci de préciser vos résultats si les tests suivants ont été réalisés :

- Distance doigt sol
- Test de marche de 6 minutes
- Timed up and go test
- Assis debout 30 secondes
- Force de préhension
- Appui unipodal 30 secondes ☐ Droite ☐ Gauche

Eléments pouvant limiter l'activité physique :

- ☐ Douleur (Préciser la zone douloureuse si besoin) :
- ☐ Motivation :
- ☐ Autre :

Tampon du Kinésithérapeute-signature :

Signature du. de la Patient.e :
Accord du patient pour transmission
des données de santé

Sainte-Suzanne, Saint-André, Salazie, Bras-Panon,
Saint-Benoît, La Plaine des Palmistes, Sainte-Rose



Maison Sport Santé CASEC Cressonnière Saint-André : Tél. 0262 46 45 91

Maison Sport Santé «En plaine santé» la Plaine des Palmistes : Tél. 0262 51 49 06

Maison Sport Santé de Bras-Panon : Tél. 0692 56 34 15

Version 01/2026