

# FICHE ORIENTATION



## LE MEDECIN

Je soussigné, Docteur .....

demande un accompagnement pour mon patient ci-dessous nommé pour :

- Un bilan PRESCRI MOUV pour une reprise/poursuite d'activité physique
  - Pathologie de la liste des 30 ALD à préciser :
  - Obésité avec IMC > 30
  - Troubles musculo-squelettiques
  - Troubles persistants suite à une infection au COVID
  
- Accompagnement complet dans un programme d'éducation thérapeutique
  - Diabète de type 2
  - Obésité avec IMC > 30
  - Maladies cardio-vasculaires
  - Surpoids ou obésité chez les jeunes



## LE PATIENT

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse complète : .....

N° téléphone : .....

Adresse mail : .....

**Date et signature du médecin**

# OÙ ORIENTER ?

03.67.22.04.44

## SITE DE STRASBOURG

ANTENNES DE PROXIMITÉ \*:

ILLKIRCH, MARLENHEIM, SCHILTIGHEIM, BRUMATH,  
BISCHWILLER, HAGUENAU, SARRE UNION, HERBITZHEIM,  
DIEMERINGEN, SAVERNE

## SITE DE SÉLESTAT/SAINT NABOR

ANTENNES DE PROXIMITÉ \* :

ERSTEIN, SÉLESTAT, SAINT-MARIE-AUX-MINES,  
SCHIRMECK

## SITE DE COLMAR

ANTENNES DE PROXIMITÉ \* :

KAYSERBERG, RIBEAUVILLÉ, BIESHHEIM,  
MUNSTER, GUEBWILLER

## SITE DE MULHOUSE

ANTENNES DE PROXIMITÉ \* :

ALTKIRCH, THANN, SAINT LOUIS, WITTENHEIM,  
WALDIGHOFFEN, MASVEAUX



**\*certaines activités ne sont pas accessibles sur toutes les antennes.  
Le secrétariat de chaque site pourra vous renseigner**