



Ordonnance de rééducation

Nom : Prénom :

N° de dossier : Date :

Sport pratique : Nom du médecin :

Prise en charge : EN – Club – Autres Nom du kiné.....

Diagnostic :

.....

.....

Renseignements radio-cliniques :

.....

.....

Conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

Nb de séances/semaine : Durée :

Signature du médecin

Observations