

Parents

## ATELIER TREMPLIN PASS' SPORT FORME

Je soussigné(e),

(1) NOM et prénom du responsable légal (e) : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Email : .....@.....

(2) NOM et prénom du responsable légal (e) : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Email : .....@.....

NOM et prénom de l'enfant : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nom de l'école : .....

Autorise l'enfant à pratiquer des activités sportives proposées dans l'atelier tremplin.  oui  non

Atteste que l'enfant nommé ci-dessus bénéficie d'une ASSURANCE responsabilité civile.  oui  non

Autorise les organisateurs à prendre des mesures nécessaires, durant l'accueil de l'enfant, en cas d'URGENCE MEDICALE.  oui  non

Aide mon enfant, avec les conseils de l'éducateur, à trouver un club de sport durant l'année pour une inscription à la rentrée prochaine.  oui  non

Autorise mon enfant à RENTRER seul :  oui  non

Autorise mon enfant à être photographié dans le cadre de l'activité et autorise l'association à l'utiliser à des fins de communications  oui  non

Fait à ....., le .....

Signature des responsables légaux,

Pass'Sport Forme c'est :

→ Découvrir de nouvelles activités

→ Améliorer sa condition physique

→ Se sentir mieux dans son corps

→ Prendre plaisir à bouger

Tu as entre 7 et 17 ans...

En sport, tu te trouves en difficulté à cause de ton poids...

...et tu aimerais que ça change !

→ Je m'informe

Je regarde le clip vidéo sur internet et je viens essayer une séance pour bien comprendre le déroulement des ateliers tremplins

→ Je m'engage

Ma décision prise, je consulte mon médecin, je remplis la plaquette avec mes parents et je vais à toutes les séances

[www.reppop-bfc.com](http://www.reppop-bfc.com)



## Lieux et horaires :

### Activités multisports :

Tous les mercredis

De 16h15 à 17h15

A la salle des associations

10€ par trimestre

## Conditions particulières :

Pass'Sport Forme est un dispositif qui s'adresse aux jeunes de 7 à 17 ans ayant des problèmes de surpoids. C'est un atelier tremplin qui a pour objet d'accompagner chaque jeune à devenir autonome dans ses activités physiques et être pleinement acteur de sa santé.

Ces ateliers éducatifs s'inscrivent dans une démarche de soins. **Il est important que votre enfant suive l'ensemble des séances** et de prévenir l'intervenant en cas d'absence.

**Le document ci-contre (partie parent et médecin) doit être remis à l'inscription.**

Pour que votre enfant puisse faire du sport dans de bonnes conditions, n'oubliez pas quelques règles de bon sens : survêtement ou short, baskets, bouteille d'eau.

## Renseignements :

Préinscription téléphonique auprès de :

**Benjamin GENIAUX, enseignant en Activité Physique Adaptée**

**06 70 19 80 94**

Ce document doit être remis à l'inscription, faute de quoi votre enfant n'est pas assuré en cas de dommages corporels au cours de l'atelier.

PASS' SPORT FORME

Médecin

### PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET/OU SPORTIVE ADAPTÉE <sup>(2)</sup>

Je soussigné(e),

**Docteur :** .....

**Lieu d'exercice :** .....

**Date :** ...../...../.....

certifie avoir examiné, le (la) jeune

**Nom, Prénom :** .....

**Né(e) le :** .....

**Ce jour, il (elle) pèse :** ..... **et mesure :** .....

Et qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication médicale cliniquement décelable à une activité physique adaptée à ses capacités. Préconisation d'activité et recommandations :

**aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations et en particulier les articulations suivantes :**

chevilles  genoux  hanche  épaule  rachis  autre  .....

→ La douleur doit être un signe d'appel pour arrêter l'activité.

**aménager les activités physiques qui sollicitent les fonctions cardio-respiratoires :**

privilégier les activités d'intensité modérée de durée prolongée.

permettre au jeune de faire des pauses pendant l'effort si nécessaire.

→ L'essoufflement excessif doit être un signe d'appel pour aménager l'activité.

**autres recommandations (à préciser):**

Signature et cachet du médecin :

(1) Dispositif d'Activité Physique Adaptée pour les patients atteints de maladies chroniques hors ALD présentant des facteurs de risque, dans le cadre de la stratégie nationale Sport Santé 2019-24.

(2) Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant. La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie