

Parents

## ATELIER TREMPLIN PASS' SPORT FORME

Je soussigné(e),

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

Adresse : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

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

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

Adresse : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

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

NOM et prénom de l'enfant : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nom de l'école : .....

Nom de l'enseignant d'EPS : .....

*ou nom du professeur qui fait le sport à 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

Atteste avoir pris connaissance du montant d'adhésion annuelle de 33€ payable impérativement avant que l'enfant ne participe aux activités.  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

Fait à ....., le .....

Signature des responsables légaux,

En remplissant ce formulaire, vous reconnaissez avoir pris connaissance de notre politique de gestion des données personnelles et vous l'acceptez - [www.reppop-bfc.com/page-mentions-legales](http://www.reppop-bfc.com/page-mentions-legales) - Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à l'équipe de coordination du RéPPOP-BFC - [reppop-bfc@chu-besancon.fr](mailto:reppop-bfc@chu-besancon.fr)

## 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 :

### Pontarlier :

**Mercredi 15h15 - 16h30** - en période scolaire à partir du 23/09/2020  
Gymnase Morand - 6 rue Morand

## Conditions particulières :

Pass'Sport Forme est un dispositif qui s'adresse aux jeunes en surpoids de 7 à 17 ans. 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. Un entretien médical avec votre médecin traitant ou un médecin acteur du RÉPPOP-BFC est nécessaire.

**Il est important que votre enfant suive l'ensemble des séances et de prévenir l'intervenant en cas d'absence.** Ce dispositif étant soutenu et cofinancé par les collectivités publiques, une contribution de 33€/enfant reste à la charge des familles.

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

## Renseignements et inscription :

Préinscription au Service politique de la ville auprès de **Julie CUYNET**  
03 81 38 84 72 - 69 rue de la République - 25300 PONTARLIER

**Compléter cette plaquette (partie: parents et médecin) et la remettre à Cindy Vionnet - Educatrice Territoriale en Activités Physiques et Sportives, lors de la première séance, accompagnée d'un chèque de 33€ à l'ordre du "Trésor public".**

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 <sup>(1)</sup>

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