



## PARENTS

### Je soussigné(e),

- NOM et Prénom du responsable légal(e) : .....
- Adresse complète : .....
- Tel 1 : ..... Tel 2 : .....
- Email 1 : .....@.....
- Email 2 : .....@.....
- NOM et Prénom de l'enfant : .....
- Date et lieu de naissance : .....
- Nom de l'école : .....
- Nom du professeur d'EPS : .....
- 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 de 30€ d'adhésion annuelle payable impérativement avant que l'enfant ne participe aux activités. (Chèque à l'ordre de la "Maison de Santé")  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

Signature :

# PASS'SPORT FORME



*L'atelier qui t'aide à bouger avec plaisir*

## BRAZEY EN PLAINE

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



## LIEUX ET HORAIRES

- Salle de Danse - Brazey en Plaine  
Mercredi de 17h à 18h

## 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. Un entretien approfondi avec un médecin ou l'équipe de santé 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**

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

Pré-inscription téléphonique auprès de :  
**Jean FAUCHER - Enseignant APA**  
06 77 72 87 78



→ Trouver d'autres ateliers  
proche de chez vous

**Compléter cette plaquette (parties : parents & médecins) : ce document doit être remis à l'inscription, faute de quoi votre enfant n'est pas assuré en cas de dommage corporels au cours de l'atelier.**



## MÉDECIN

### PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET/OU SPORTIVE ADAPTÉE\*

➤ **Je soussigné(e),**  
DOCTEUR : .....  
Lieu d'exercice : .....  
Date : ...../...../.....

Certifie avoir examiné le/la jeune :

➤ NOM et Prénom : .....  
Né le : ...../...../.....  
Ce jour, il/elle pèse : ..... et mesure : .....

Et qu'il 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  Epaule  Rachis  Autres

⚠ 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 :** .....

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