



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 d'adhésion annuelle payable impérativement avant que l'enfant ne participe aux activités. (Chèque à l'ordre du "RéPPOP-BFC") 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

MACON

www.reppop-bfc.com



LIEUX ET HORAIRES

Extension du Cossec Schuman
Mardi (hors vacances scolaires) de 17h15 à 18h15

Gymnase des blanchettes
Jeudi (hors vacances scolaires) de 17h15 à 18h15

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 :
Cyrielle MAIRESSE - Educatrice sportive
03 85 39 72 73



Trouver d'autres ateliers
proche de chez vous

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