PARENTS

Je soussigné(e),

- NOM et Prénom - responsable légal(e) 1 : .....
  Adresse : .....
  Tel : ..... Email : .....@.....
  NOM et Prénom - responsable légal(e) 2 : .....
  Tel : ..... Email : .....@.....
- 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
- Aide mon enfant, avec les conseils de l'enseignant, 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 :

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 - 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

PASS'SPORT FORME

L'atelier qui t'aide à bouger avec plaisir

DOLE

www.reppop-bfc.com

Espace Santé Dole Nord Jura

RéPPOP BFC — Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésite Pédiatrique en Bourgogne Franche-Comté

Sécurité Sociale — l'Assurance Maladie JURA

ars Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté

LIEUX ET HORAIRES

Multisports chaque **mercredi** hors vacances scolaires
7-10 ans - 15h30-17h00
11-14 ans - 17h00-18h30
Journée **Espace Santé Obésité Pédiatrique : ESOP**
Rencontres parents / enfants et équipe pluriprofessionnelle
Régulièrement sur les mercredi après midi

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Pass'Sport Forme ESOP est un dispositif qui s'adresse aux jeunes en surpoids de 7 à 14 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.

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

RENSEIGNEMENTS

Compléter cette plaquette (partie : parents et médecin) et la remettre à l'enseignant en activité physique lors de la première séance.

Préinscription téléphonique à l'ESDN Jura
23 Avenue G. Pompidou - 39100 DOLE
03 84 72 46 55 - contact@espacesante-dnj.fr

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.

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 :

(*) Loi n° 2022-296 relatif à la prescription d'activité physique adaptée aux personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques, 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.