



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 :

➤ 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 EXTRASCOLAIRE. 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 partir seul après l'activité. Oui Non

Signature :



PASS'SPORT FORME

L'atelier qui t'aide à bouger avec plaisir

BELFORT

www.reppop-bfc.com



LIEUX ET HORAIRES

Gymnase BUFFET - rue André Parant

Lundi de 16h30 à 18h (CE2 au CM2) avec Sofiane

Gymnase COUBERTIN - 2 rue de Sienna

Lundi de 16h15 à 17h45 (CP au CM2) avec Whiney

Gymnase PARROT - 32 rue de Châteaudun

Jedi de 16h15 à 17h45 (CP au CM2) avec Malik

Maison de quartier des FORGES - 3 Rue de Marseille

Jedi de 16h30 à 18h (CP au CM2) avec Béatrice

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Pass' Sport Forme est un dispositif proposé dans le cadre du programme de réussite éducative et encadré par les éducateurs sportifs de la Ville de Belfort. Il s'adresse aux élèves de 6 à 12 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. **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

Renseignement auprès de l'infirmière municipale de l'école primaire de votre enfant.

Inscription sur place :

Compléter et signer cette plaquette (partie : parents et médecin) et la remettre à l'éducateur sportif, lors de la première séance.



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.