

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 d proposées dans l'atelier tremp	•	\bigcirc	Oui	\bigcirc	Non
>	Atteste que l'enfant nommé c ASSURANCE responsabilité c		\bigcirc	Oui	\bigcirc	Non
>	Autorise les organisateurs à p nécessaires, durant l'accueil d d'URGENCE MEDICALE.		\bigcirc	Oui	\bigcirc	Non
>	Atteste avoir pris connaissan famille (chèque à l'ordre de "E	• •	\bigcirc	Oui	\bigcirc	Non
>	Aide mon enfant, avec les cor à trouver un club de sport dur inscription à la rentrée procha	ant l'année pour une	\bigcirc	Oui	\bigcirc	Non
>	Autorise mon enfant à RENTE	RER seul.	\bigcirc	Oui	\bigcirc	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













LIEUX ET HORAIRES

Vendredi 17h15 - 18h45Gymnase Delaunay - Rue Joseph Thevenin

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Pass'Sport Forme s'adresse aux jeunes de 7 à 17 ans, atteints de maladie chronique (surpoids, asthme, diabète), pour reprendre une activité physique régulière, adaptée et sécurisée. C'est un atelier tremplin qui a pour objet d'accompagner chaque jeune à devenir autonome dans ses pratiques sportives 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 spécialiste 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 30€/enfant la première année reste à la charge des familles (80€ la seconde année et 120€ les suivantes).

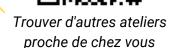
Survêtement ou short, baskets, gourde d'eau ... et c'est parti pour essayer une séance!

RENSEIGNEMENTS

Compléter (partie : parents et médecin) et la remettre à Nadya Bourbon (06 72 90 13 65) enseignante en activité physique lors de la 1ère séance, accompagné d'un chèque à l'ordre de "EPGV Gray".

Préinscription téléphonique au 03 81 21 90 02

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.





PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET/OU SPORTIVE ADAPTÉE*

eant à :						
Certifie avoir examiné le/la jeune :						
ce jour, il/elle pèse : et mesure :						
contre indication médicale cliniquement ysique adaptée à ses capacités.						
Préconisation d'activité et recommandations :						
Aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations et en particulier les articulations suivantes :						
Hanche Cachis Autres						
gne d' appel pour arrêter l'activité						
Aménager les activités physiques qui sollicitent les fonctions cardio- respiratoires. Adapter la durée / l'intensité / les temps de récupération						
L'essoufflement excessif doit être un signe d'appel pour aménager l'activité						
□ Traitements utiles lors d'activités physiques :□ Bronchodilatateur □ Resucrage □ Autres						
Autres préconisations :						
Fait àlelelele						

(*) 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.