



## 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 Pass'Sport Forme.  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 :**



# PASS'SPORT FORME

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

## MORTEAU

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

## LIEUX ET HORAIRES

Mardi de 17h à 18h15  
CPTS - Entrée C - 2ème étage

8 av. Charles de Gaulle  
25500 Morteau

## 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.

Ce dispositif est financé par la CPTS du Pays Horloger.

**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, merci de prévoir : survêtement ou short, baskets, gourde d'eau.

## RENSEIGNEMENTS

Compléter cette plaquette (partie : parents et médecin) et la remettre à Cyril Billod (06 30 55 28 93), l'enseignant en activité physique lors de la première séance.

**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.



Trouver d'autres ateliers  
proche de chez vous



## MÉDECIN

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

➤ Je soussigné(e), .....

Docteur en médecine exerçant à : .....

➤ Certifie avoir examiné le/la jeune : .....

Né(e) 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  Hanche  Rachis  Autres .....

⚠ La douleur doit être un signe 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 :**

Cachet du médecin

Fait à ..... le .....

**Signature**

(\*) 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.