

PASS'SPORT FORME

2026-2027

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

**TOUS LES MERCREDIS
DE 10 À 11H**

**Pour les 6-11 ans
sur différents lieux
à Chalon-sur-Saône
Tarif : 30€/an**

Un partenariat Grand Chalon, ville de Chalon-sur-Saône et RéPPPOP-BFC réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique en Bourgogne-Franche-Comté, et soutenu par les acteurs Sport-Santé du territoire

INFORMATIONS

Pass'Sport Forme est un dispositif qui s'adresse aux enfants **de 6 à 11 ans ayant des difficultés à pratiquer une activité sportive**. C'est un atelier tremplin qui a pour objet d'accompagner chaque enfant à devenir autonome dans ses activités physiques et être pleinement acteur de sa santé. Ces ateliers éducatifs s'inscrivent dans une démarche de soins : l'inscription est à compléter avec votre médecin.

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.

Pré-inscription téléphonique auprès de :

Philippe LAFOY

Educateur sportif référent Sport-Santé

06 63 49 69 70 - 03 85 41 46 33



Tous les mercredis matin, hors vacances scolaires
sur différents lieux à Chalon-sur-Saône
Pour les **6-11 ans** de **10 à 11h**

TARIF : 30€/AN (10€ PAR TRIMESTRE)

Compléter cette plaquette (parties : parents & médecins) : ce document doit être remis à l'inscription, faute de quoi votre enfant n'est pas assuré en cas de dommages corporels survenus au cours de l'atelier.



Trouvez d'autres ateliers
près de chez vous



PASS'SPORT FORME 2026-2027
PARTIE À REMPLIR PAR LE 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



PASS'SPORT FORME 2026-2027

PARTIE À REMPLIR PAR LES 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 de 30€ d'adhésion annuelle (10€ par trimestre). Chèque à libeller à l'ordre de la TPM. ☐ 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 :

**N'oubliez pas de vous pré-inscrire par téléphone auprès de l'éducateur sportif référent Sport-Santé.*

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