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 15€ d'adhésion annuelle payable impérativement avant que l'enfant ne participe aux activités. (Chèque à l'ordre de la "Service jeunesse") ◯ 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 :

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

BEAUNE

www.reppop-bfc.com

Plateforme Diabète Enfant Bourgogne-Franche-Comté

BEAUNE

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

LIEUX ET HORAIRES

☐ Gymnase Michel Bon
Avenue de l'Aigue 21220 BEAUNE
Mercredi de **14h00 à 15h00**

Gratuit

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.

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

RENSEIGNEMENTS

Pré-inscription téléphonique auprès du service jeunesse :
Julien BERNARD GODET - 03 80 24 57 72
julien.bernard-godet@mairie-beaune.fr

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 dommage 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.