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 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 de la participation famille (chèque de 30€ à l'ordre de la Mutualité Française)	◯ 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 :

Le RéPPOP-BFC propose une prise en charge adaptée aux besoins de votre enfant - www.reppop-bfc.com

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

DOLE

www.reppop-bfc.com

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

Plateforme Diabète Enfant Bourgogne-Franche-Comté

Espace Santé Dole Nord Jura

Pays Dolois Pays de Pasteur

Mutualité Française Services de soins et d'accompagnement Jura — Groupe ellavie

ars Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté

LIEUX ET HORAIRES

Mercredi de 15h30 à 17h
Espace Santé Dole Nord Jura

23 Avenue G. Pompidou
39100 Dole

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Pass'Sport Forme s'adresse aux jeunes de 7 à 14 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 reste à la charge des familles.

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 l'enseignant en activité physique lors de la première séance.

Préinscription téléphonique à l'ESDN Jura
03 84 72 46 55
espacesante.dole@mutualite-39.fr

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.