



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 à l'ordre de l'ASPTT Besançon) 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

BESANCON Montrapon

www.reppop-bfc.com

LIEUX ET HORAIRES

Mercredi de 16h45 à 18h15 1 rue Pierre de Coubertin
Maison de quartier de Montrapon 25000 Besançon

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Pass'Sport Forme est un dispositif qui s'adresse aux jeunes en surpoids de 7 à 17 ans. C'est un atelier tremplin qui a pour objet d'accompagner chaque jeune à devenir autonome dans ses activités physiques 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 acteur du RéPPOP-BFC 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 la première année de participation (80€/enfant pour une seconde année).

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.

RENSEIGNEMENTS

Compléter cette plaquette (partie : parents et médecin) et la remettre à l'enseignant en activité physique lors de la première séance accompagnée d'un chèque à l'ordre de "ASPTT Besançon".

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 :

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 :

(*) 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.