Parents

Atelier Tremplin
Pass' Sport Forme

Je soussigné(e),

NOM et prénom du responsable légal (e) 1 : ……

Adresse : ……

Téléphone : …… Portable : ……

Email : …… @……

NOM et prénom du responsable légal (e) 2 : ……

Adresse : ……

Téléphone : …… Portable : ……

Email : …… @……

NOM et prénom de l'enfant : ……

Date et lieu de naissance : ……

Nom de l'école : ……

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 d'adhésion annuelle de 30€ payable impérativement avant que l'enfant ne participe aux activités. (*Chèque à l'ordre de la Trésorerie principale municipale*)	❒ *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*
Autorise mon enfant à être photographié dans le cadre de l'activité et autorise l'association à l'utiliser à des fins de communications	❒ *oui*	❒ *non*

Fait à …… **, le** ……

Signature des responsables légaux,

En remplissant ce formulaire, vous reconnaissez avoir pris connaissance de notre politique de gestion des données personnelles et vous l'acceptez - https://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

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

Pass'Sport Forme
Grand Chalon

Pass'Sport Forme c'est :

→ *Découvrir de nouvelles activités*

→ *Améliorer sa condition physique*

→ *Se sentir mieux dans son corps*

→ *Prendre plaisir à bouger*

Tu as entre 6 et 10 ans…
En sport, tu te trouves en difficulté à cause de ton poids…

…et tu aimerais que ça change !

→ *Je m'informe*

Je regarde le clip vidéo sur internet et je viens essayer une séance pour bien comprendre le déroulement des ateliers tremplins

→ *Je m'engage*

Ma décision prise, je consulte mon médecin, je remplis la plaquette avec mes parents et je vais à toutes les séances

www.repop-fc.com *Onglet :* Activité physique

Imprimé par nos soins – ne pas jeter sur la voie publique

Lieux et horaires :

Activités multisports :

Tous les mercredis matin hors vacances scolaires

- **De 10h30 à 11h30**

Gymnase Garibaldi - 58 rue Garibaldi - 71100 Chalon sur Saône

Ateliers cuisine :

Les premiers mercredis matin des vacances scolaires (sauf Noël et été)

Espace Santé Prévention - 1 place Sainte Marie - 71100 Chalon sur Saône

Conditions particulières :

Pass'Sport Forme est un dispositif qui s'adresse aux jeunes de 6 à 10 ans en surpoids. 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. **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 (10€ par trimestre) reste à la charge des familles.

Le document ci-contre (partie parent et médecin) doit être remis à l'inscription.

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

Renseignements :

Préinscription téléphonique auprès de :

Sylvie JANOD-SIMON, éducatrice sportive référente Sport Santé au 03 85 41 46 33

Ce document doit être remis à l'inscription, afin d'être assuré lors de l'atelier.

PASS' SPORT FORME

Médecin

CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE – INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné(e),

Docteur : ……

Lieu d'exercice : ……

Date : ……/……../……

certifie avoir examiné, le (la) jeune

Nom, Prénom : ……

Né(e) le : ……

Ce jour, il (elle) pèse : …… **et mesure :** ……

et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant l'initiation à la pratique d'activités multisports organisées dans les ateliers tremplins «*Pass'Sport Forme*». Cependant, j'indique à l'enseignant qui organise les séances de prendre en compte les éléments suivants afin d'adapter ses interventions :

❒ **aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations et en particulier les articulations suivantes :**

chevilles ❒ genoux ❒ hanche ❒ épaule ❒ rachis ❒ autre ❒ ……

→ 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 recommandations** ***(à préciser) :***

Signature et cachet du médecin :