



A Mon Rythme

je cultive mon bien-être

PROGRAMME SPORT SANTE BIEN ETRE
Adultes

MAISON SPORT SANTÉ SOCIÉTÉ - LA SEYNE SUR MER
CONTACT : 07.49.59.27.89 - M3S@UFOLEP83.ORG



Vous êtes atteint d'une maladie chronique et/ou d'une affection de longue durée,
ou vous êtes en situation de handicap,
ou vous êtes une personne avançant en âge,
ce programme est fait pour vous, les séances sont 100% adaptées !

La Maison Sport Santé Société propose aux adultes du territoire qui en ont le besoin, un programme d'activités physiques et sportives adaptées :

A MON RYTHME

Ce programme vise à entretenir et améliorer la condition physique mais aussi psychique et sociale, renforcer l'estime de soi afin de retrouver le goût et l'envie de bouger durablement. Il débutera par un entretien et une évaluation de vos aptitudes physiques et motrices.

Pour qui :

Les adultes de plus de 18ans, souhaitant pratiquer une activité physique pour leur santé, orientés par un médecin ou structure médicale, sous condition d'un certificat médical d'absence de contre indication à la pratique.

Créneaux :

MARDI 18H-19H

M3S

le germinal - Bvd Jean Rostand La Seyne Sur Mer

VENDREDI 10h30-11H30

M3S

le germinal - Bvd Jean Rostand La Seyne Sur Mer

Adhésion :

Adhésion 20€

puis 15€ par mois

FICHE D'INSCRIPTION

adulte

A remplir par l'adhérent

NOM..... Prénom.....

Date et lieu de naissance/...../..... à.....

Adresse

.....

N° de SS

Nom mutuelle

N° de tél. Email

Avez vous Facebook ? OUI NON

Date d'inscription :/...../.....

Modalités d'inscription :

1/ Remplir la fiche d'inscription ci jointe,

2/ Prendre RDV avec le médecin traitant et faire remplir le certificat d'absence de contre indication à la pratique,

3/ Joindre un chèque de 20€ d'adhésion + cotisation mensuelle de 15€ - (chèque libellé à l'ordre de « UFOSPORT 83 »)

donnant accès à l'ensemble des activités et manifestations du programme

A Mon Rythme

4/ Prendre RDV avec l'équipe de la M3S au 0749592789 pour une séance d'essai gratuite puis fournir les documents et le chèque si inscription.

FICHE MÉDICALE

A remplir par le médecin

Informations patient :

NOM..... Prénom

né(e) le/...../.....

Pathologie(s) :

Traitement médicamenteux actuel en lien avec la ou les pathologies :

Coordonnées du médecin traitant :

NOM..... Prénom

Tél. :

CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE

Je, soussigné(e), Docteur.....

certifie avoir examiné(e), le patient :

NOM..... Prénom

né(e) le/...../.....

et avoir constaté(e) ce jour l'absence de signe clinique contre-indiquant la pratique d'activités physiques encadrées proposées dans le cadre du programme A Mon Rythme

Fait à le...../...../.....

Cachet et signature du médecin