



A Mon Rythme

je cultive mon bien-être

PROGRAMME SPORT SANTÉ BIEN ÊTRE
pédiatrique (6-16ans)

LES MERCREDIS
10H-11H POUR LES 6-11ANS
14H-15H POUR LES 12-17ANS

MAISON SPORT SANTÉ SOCIÉTÉ - LE GERMINAL
BVD JEAN ROSTAND LA SEYNE SUR MER



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

L'UFOLEP du Var et l'association APAO-P proposent aux enfants du Var en surpoids et/ou obèses et/ou asthmatique de participer à un programme d'activités physiques et sportives adaptées : **A MON RYTHME**
Ce programme, financé par l'ARS PACA vise à développer les aptitudes motrices, renforcer l'image et la confiance de l'enfant, afin qu'il retrouve le goût et l'envie de bouger.

Pour qui :

Pour les jeunes âgés de 6 à 17 ans présentant un surpoids et/ou une obésité et/ou de l'asthme, ainsi que leurs familles (1 séance famille organisée par mois).

Il sera également proposé 1 atelier d'éducation à la santé par mois aux familles.

Lieu et horaires :

Tous les mercredis (même pendant les vacances scolaires)
de 10H à 11H pour les 6-11ans
de 14H à 15H pour les 12-17ans
à la Maison Sport Santé Société à la Seyne Sur Mer

Modalités d'inscription :

- 1/ Remplir la fiche d'inscription ci jointe,
- 2/ Prendre RDV avec le médecin traitant / pédiatre de votre enfant et faire remplir le certificat d'absence de contre indication à la pratique,
- 3/ Joindre un chèque de cotisation : 15€ / trimestre donnant accès à l'ensemble des activités et ateliers d'éducation à la santé du programme chèque libellé à l'ordre de « UFOSPORT 83 »
- 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 D'INSCRIPTION

A remplir par les parents

NOM de l'enfant..... Prénom de l'enfant.....

Date de naissance de l'enfant/...../.....

Je soussigné(e),

NOM et prénom du responsable légal(e) :

Adresse complète du responsable légal(e) :

Téléphone(s) obligatoire(s) : -

Autorise mon enfant à pratiquer des activités sportives proposées dans le programme : 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 mon enfant, en cas d'URGENCE MEDICALE : oui non

Autorise mon enfant à RENTRER seul : oui non

Autorise les organisateur à prendre en photo mon enfant et à utiliser la photo pour la promotion du programme (site, article presse...) : oui non

Je m'engage à ce que mon enfant :

- participe à l'ensemble des activités du programme A MON RYTHME
- respecte les horaires et avertit les organisateurs en cas d'absence
- ait une tenue adaptée à la pratique des activités
- ait un comportement correct vis à vis des organisateurs et respecte le matériel et locaux

Fait à, le

Signature des responsables légaux :

CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE

A remplir par le médecin / Pédiatre

Je soussigné(e), Docteur :

Lieu d'exercice : - N° de tel:.....

Date :/...../.....

certifie avoir examiné, le (la) jeune

Nom, Prénom :

Né(e) le :

(ce jour, il (elle) pèse : et mesure :)

et avoir constaté(e) ce jour l'absence de signe clinique contre-
indiquant la pratique d'activités physiques encadrées par les
organismes du programme A MON RYTHME.

Cependant, j'indique qu'il sera nécessaire :

d'aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations
et en particulier les articulations suivantes :
cheville hanche genoux épaule autre:.....

d'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.

Autres recommandations (à préciser):

Cachet et signature du médecin :