

Parents

ATELIER TREMPLIN PASS' SPORT FORME



AQUASPORT GRAY

Je soussigné(e),

NOM et prénom du responsable légal (e) :

Adresse complète du responsable légal (e) :

Téléphone obligatoire : Portable :

Email :@.....

NOM et prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Nom de l'école :

Nom de l'enseignant d'EPS :

(ou nom du professeur qui fait le sport à 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

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

Fait à, le

Signature des responsables légaux,

Aquasport c'est :

→ Découvrir des activités aquatiques

→ Se sentir mieux dans son corps

→ Améliorer sa condition physique

→ Prendre plaisir à bouger

Tu as entre 7 et 17 ans...

En sport, tu te trouves en
difficulté à cause de ton poids...

...et tu aimerais que ça change !

→ Je prends les choses en main

Je consulte mon médecin et je remplis la plaquette

→ Je m'engage

Mon maillot de bain, mon bonnet, une grande serviette !

Je vais à toutes les séances ou préviens en cas d'absence

www.repop-fc.com

Onglet : Activité physique



Lieux et horaires :

Activités aquatiques pour tous :

Stages au **trimestre** ou pendant les **vacances scolaires**
Piscine des Capucins - Avenue du Marechal Leclerc - 70100 Gray

Conditions particulières :

Pass'Sport Forme est un dispositif qui s'adresse aux jeunes de 7 à 17 ans ayant des problèmes de 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. Un entretien approfondi avec votre médecin ou l'équipe de santé du RÉPPOP-FC est nécessaire.

Ce dispositif est financé par les collectivités publiques. **Il est important que votre enfant suive l'ensemble des séances et prévienne les intervenants en cas d'absence.**

Pour que votre enfant puisse faire du sport dans de bonnes conditions, n'oubliez pas quelques règles de bon sens :
Maillot de bain, bonnet, grande serviette.

Renseignements et inscription :

Inscription à la **Communauté de Communes Val de Gray** auprès de **Jean-Marie DUROCQ** au **03 84 65 58 69** ou **sport@cc-valdegray.fr**
10 rue Moïse Levy - 70100 GRAY

**Compléter cette plaquette (partie : parents et médecin)
et la remettre à l'éducateur sportif lors de la première séance.**

Ce document doit être remis à l'inscription, faute de quoi votre enfant n'est pas assuré s'il lui arrive un problème au cours 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 sportives organisées dans les ateliers tremplins «Pass'Sport Forme». Cependant, j'indique à l'éducateur sportif qui organise les séances de prendre en compte les éléments suivants afin d'adapter son enseignement :

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 :