



A Mon Rythme

je cultive mon bien-être

**PROGRAMME SPORT SANTÉ BIEN ÊTRE
PÉDIATRIQUE (6-17 ANS)**

Tous les mercredis

De 10h00 à 11h00 pour les 6-11 ans

De 14H à 15h pour les 12-17 ans



Maison sport santé la Seyne - Le Germinal
Boulevard Jean Rostand la Seyne sur mer



07.49.59.27.89

Contact



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 (séances parent/enfant).

Lieux et horaires :

Tous les mercredis

De 10h00 à 11h00. pour les 6-11 ans

De 14H à 15h pour les 12-17 ans

à la Maison Sport Santé de La Seyne-sur-Mer

Modalités d'inscription :

Pensez au
PASS SPORT

- 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 d'adhésion de 15€ à l'ordre UFOSPORT 83 pour les enfants de (6-11 ans) ou un chèque d'adhésion de 20€ à l'ordre de UFOSPORT 83 pour les ados de (12-17 ans) + 15€ par trimestre à l'ordre UFOLEP 83
- 4/ Prendre RDV avec l'équipe de la MSS au 07.49.59.27.89 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
organisateurs 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 :