



bien être



A Mon Rythme

je cultive mon bien-être

ADULTE

**PROGRAMME SPORT SUR
ORDONNANCE**

**LES MARDI ET VENDREDI
11H - 12H**



Vous êtes atteint d'une maladie chronique et/ou d'une affection de longue durée, 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 de la Seyne sur Mer 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 une structure médicale, sous condition d'un certificat médical d'absence de contre indication à la pratique.

Créneaux :

Les lundis : 11h00 - 12h00

MSS

Le Germinal - Boulevard Jean Rostand - La Seyne Sur Mer

Adhésion :

Adhésion 35€ - puis 15€ par mois

Pour les personnes bénéficiant d'une prescription médicale d'une activité physique, contactez votre mutuelle pour une éventuelle prise en charge.

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

.....

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 et d'une prescription médicale si besoin,
- 3/ Joindre un chèque de 35€ d'adhésion (chèque libellé à l'ordre de «UFOSPORT 83 ») + une cotisation mensuelle de 15€ dès le 2ème mois (chèque libellé à l'ordre de « UFOLEP83»
- 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 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