



A Mon Rythme

je cultive mon bien-être

**PROGRAMME SPORT SPORT SANTÉ BIEN ÊTRE
PÉDIATRIQUE (6-16 ANS)**

LES MERCREDIS

11H00 - 12H00 POUR LES 6-11 ANS

14H00- 15H00 POUR LES 12- 17 ANS



Complexe Jean Jacques Marcel
5 Boulevard Just Marie Raynouard Brignoles

Contact



07.45.09.17.36



ufo3s@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

11h00 - 12h00 pour les 6-11 ans

14h00 - 15h00 pour les 12-17 ans

à la Maison Sport Santé UFO3S Provence Verte

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 de 15€/trimestre : Adhésion 20€ 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 MSS au 07.45.09.17.36 pour une séance d'essai gratuite puis fournir les documents et le chèque si inscription.

Retrouvez toutes nos actualités sur les réseaux sociaux



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 :