



ufolep
TOUS LES SPORTS AUTISME
VAR



Maison Sport Santé UFO3S
Provence Verte

ufolep
Association pour le Développement des Sports et de l'Autisme
Provence Verte

bien être

A Mon Rythme

je cultive mon bien-être

SENIORS & AIDANTS

PROGRAMME SPORT SANTE BIEN ETRE



07.45.09.17.36
UFO3S@UFOLEP83.ORG



Vous êtes atteint d'une maladie chronique et/ou d'une affection de longue durée,
ou 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 !

L'Espace Socio-Sport Santé de Hyères 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 au travers d'ateliers sportifs, d'ergothérapie, de sophrologie, de diététique, et de sensibilisation aux gestes qui sauvent. Il permet de renforcer l'estime de soi afin de retrouver le goût et les compétences pour bouger durablement. Il débutera par un entretien et une évaluation de vos aptitudes physiques et motrices.

Pour qui :

Les seniors, 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 :

Tous les Mardis de 11h à 12h

Tous les Jeudis de 14h à 15h

Espace socio sportif le germinal Boulevard Jean
Rostand - 83500 La Seyne-sur-Mer

FICHE D'INSCRIPTION

seniors

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/ Prendre RDV avec l'équipe de la Maison Sport Santé de La Seyne-sur-Mer au 07.49.59.27.89 pour une séance d'essai gratuite puis fournir les documents.

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