

# PASS'SPORT FORME

## 2024-2025

**L'atelier qui t'aide  
à bouger avec plaisir**

**TOUS LES MERCREDIS  
DE 10 À 11H**

**Pour les 6-11 ans**

Salle Bornet  
17, rue Général Giraud  
à Chalon-sur-Saône

**Tarif : 30€/an**

Un partenariat Grand Chalon, ville de Chalon-sur-Saône et RéPPOP-BFC réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique en Bourgogne-Franche-Comté, et soutenu par les acteurs Sport-Santé du territoire

## INFORMATIONS

**Pass'Sport Forme** est un dispositif qui s'adresse aux enfants **de 6 à 11 ans ayant des difficultés à pratiquer une activité sportive**. C'est un atelier tremplin qui a pour objet d'accompagner chaque enfant à devenir autonome dans ses activités physiques et être pleinement acteur de sa santé. Ces ateliers éducatifs s'inscrivent dans une démarche de soins : l'inscription est à compléter avec votre médecin.

**Il est important que votre enfant suive l'ensemble des séances et de prévenir l'intervenant en cas d'absence.**

Pour que votre enfant puisse faire du sport dans de bonnes conditions, n'oubliez pas quelques règles de bon sens : survêtement ou short, baskets, gourde d'eau.

Pré-inscription téléphonique auprès de :

**Philippe LAFOY**

**Educateur sportif référent Sport-Santé**

**06 63 49 69 70 - 03 85 41 46 33**



**Tous les mercredis matin**, hors vacances scolaires

Salle Bornet

17, rue Général Giraud, Chalon-sur-Saône

Pour les **6-11 ans** de **10 à 11h**

**TARIF : 30€/AN (10€ PAR TRIMESTRE)**

**Compléter cette plaquette (parties : parents & médecins)** : ce document doit être remis à l'inscription, faute de quoi votre enfant n'est pas assuré en cas de dommages corporels survenus au cours de l'atelier.



Trouvez d'autres ateliers  
près de chez vous



**PASS'SPORT FORME 2024-2025**  
**PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN**

**PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET/OU SPORTIVE  
 ADAPTÉE\***

**Je soussigné(e),**  
 DOCTEUR : .....  
 Lieu d'exercice : .....  
 Date : ...../...../.....

Certifie avoir examiné le/la jeune :  
 NOM et Prénom : .....  
 Né le : ...../...../.....  
 Ce jour, il/elle pèse : ..... et mesure : .....

Et qu'il ne présente pas de contre indication médicale cliniquement décelable à une activité physique adaptée à ses capacités.

**Préconisation d'activité et recommandations :**


**Aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations et en particulier les articulations suivantes :**

Chevilles  Genoux  Epaule  Rachis  Autres

 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 :** .....

Signature et cachet du médecin :

(1) Dispositif d'Activité Physique Adaptée pour les patients atteints de maladies chroniques hors ALD présentant des facteurs de risque, dans le cadre de la stratégie nationale Sport Santé 2019-24.

(2) Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant. La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie



# PASS'SPORT FORME 2024-2025

## PARTIE À REMPLIR PAR LES PARENTS\*

### Je soussigné(e),

**NOM et Prénom du responsable légal(e) :** .....

Adresse complète : .....

Tel 1 : ..... Tel 2 : .....

Email 1 : .....@.....

Email 2 : .....@.....

**NOM et Prénom de l'enfant :** .....

Date et lieu de naissance : .....

Nom de l'école : .....

Nom du professeur d'EPS : .....

◆ 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

◆ Atteste avoir pris connaissance du montant de 30€ d'adhésion annuelle (10€ par trimestre). Chèque à libeller à l'ordre de la TPM.  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

Signature :

*\*N'oubliez pas de vous pré-inscrire par téléphone auprès de l'éducateur sportif référent Sport-Santé.*

En remplissant ce formulaire, vous reconnaissez avoir pris connaissance de notre politique de gestion des données personnelles et vous l'acceptez - [www.reppop-bfc.com/page-mentions-legales](http://www.reppop-bfc.com/page-mentions-legales) - Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à l'équipe de coordination du RéPPOP-BFC - [reppop-bfc@chu-besancon.fr](mailto:reppop-bfc@chu-besancon.fr)