




## POUR S'INSCRIRE...

Une fois l'ensemble de ces 2 documents ci-dessous remplis et signés merci de contacter la Maison Sport Santé au 06 21 42 65 20 pour convenir d'un rendez-vous de prise en charge.

### • LA PRESCRIPTION MÉDICALE

A faire remplir par votre médecin traitant

**Certificat de non contre-indication et de prescription d'activité physique adaptée<sup>1</sup>**

Je soussigné(e).....  
 Docteur en Médecine, certifié avoir examiné,  
 Mme, M..... Né(e) le .....  
 et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée\*.  
 Je prescris à Mme, M..... des séances d'activité physique adaptée,  
 pendant.....mois, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

**Compléments d'information à l'intention de l'intervenant permettant d'adapter et de sécuriser la pratique :**

Fréquence cardiaque au repos : .....bpm Max : .....bpm Cible : .....bpm

L'état de santé du patient nécessite-t-il que celui-ci soit équipé d'un cardio fréquencemètre lors des séances : OUI  NON

Principaux objectifs recherchés :

<input type="checkbox"/> Renforcement musculaire	<input type="checkbox"/> Équilibre	<input type="checkbox"/> Coordination	<input type="checkbox"/> Capacité cardio-respiratoire
<input type="checkbox"/> Souplesse	<input type="checkbox"/> Mémoire	<input type="checkbox"/> Vitesse d'exécution	

Autres renseignements nécessaires afin d'assurer une activité physique adaptée et sécurisée :  
 (ex : douleurs musculaires / articulaires, arthrose, autres...)  
 .....  
 .....

**Mesures anthropométriques**

Taille (en mètre) : ..... Tour de taille (en mètre) : ..... Poids (en Kg) : .....

Remis en main propre au patient, le .....

Signature du médecin                      Cachet du médecin

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

*Cliquez pour la télécharger*

### • LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR

  
**VILLE D'ANTIBES    JUAN LES PINS**  
**DIRECTION DES SPORTS**  
**PASS FORMSANTÉ - « Start up »**  
**Règlement intérieur**

**ARTICLE 1**

Les inscriptions sont ouvertes aux personnes atteintes d'une affection de longue durée (régie par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011) et bénéficiant d'une prescription établie par leur médecin traitant pour une dispensation d'activité physique et/ou adaptée au jour de l'inscription (régie par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016).

**ARTICLE 2**

Le nombre maximum de bénéficiaires est fixé à 30 personnes par trimestre, de ce fait les inscriptions ne se feront que dans la limite des places disponibles.

**ARTICLE 3**

Le bénéficiaire pourra s'inscrire gratuitement pour un trimestre (non renouvelable). A l'issue duquel un bilan sera réalisé par la coordination municipale et après avis du médecin-traitant, afin d'orienter et d'accompagner au mieux le bénéficiaire vers un mode de pratique adaptée :

- au sein d'une structure partenaire sur Antibes (association sportive, structure privée...)
- ou
- à partir d'une pratique en toute autonomie
- ou
- au sein du dispositif municipal « Sentier de la Forme ».

**ARTICLE 4**

L'inscription du bénéficiaire ne sera qu'effective que lorsque celui-ci aura fourni les pièces obligatoires suivantes auprès de la direction des sports :

- un certificat médical à jour et la page 3 du livret « Start up » remplis, datés, cachetés et signés par le médecin traitant
- le règlement intérieur daté et signé
- la fiche de renseignement et d'engagement au « Pass FormSanté » remplie et signée. (Page 2 du livret « Start up »)

**ARTICLE 5**

Lors du trimestre Start up le bénéficiaire aura la possibilité de participer au maximum à deux séances d'activités physiques hebdomadaires à choisir parmi la liste des activités physiques adaptées proposées (liste fournie à l'inscription). Le bénéficiaire sera orienté durant le trimestre sur une ou deux structures partenaires afin de s'initier à une activité.

**ARTICLE 6**

Seule une contre-indication médicale pourra entraîner un report de trimestre.

**ARTICLE 7**

Le bénéficiaire qui s'inscrit s'engage à ne faire apparaître aucune discrimination sur l'origine et les aptitudes physiques ou intellectuelles des autres participants.

**ARTICLE 8**

La responsabilité de l'éducateur sportif ne pourra être engagée en dehors des heures de pratique ou du point de rendez-vous précisé (début/fin).

**ARTICLE 9**

L'éducateur sportif est autorisé à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence ou d'accident.

**ARTICLE 10**

L'éducateur sportif est chargé de la programmation des contenus pédagogiques des séances ; il assure le suivi et l'évaluation des programmes.

**ARTICLE 11**

Les bénéficiaires devront prévenir de leurs absences ou retards éventuels auprès de la Direction des Sports : 04 92 90 53 40. Les bénéficiaires devront respecter les horaires de début des séances. A partir de 3 retards ou absences non justifiés ou prévenus, la Direction des Sports se réserve le droit de ne plus poursuivre le trimestre d'inscription du bénéficiaire, et ne pas l'inscrire sur le dispositif suivant qui est le Sentier de la Forme.

**ARTICLE 12**

En cas d'intempéries, les activités sportives pourront être délocalisées, reportées ou annulées.

**ARTICLE 13**

Si les effectifs sont insuffisants lors des inscriptions, la Direction des Sports se réserve le droit de changer le lieu et de modifier l'activité prévue.

**ARTICLE 14**

La Ville d'Antibes décline toute responsabilité en cas de vols ou de pertes d'affaires personnelles.

NOM : ..... Prénom : ..... Date : ..... Signature :

Contact et Inscription : Direction des Sports – Téléphone : 04.92.90.53.40  
Maison Sport Santé - 210 Av Jules Grec, 06600 Antibes

*Cliquez pour le télécharger*



**HÔTEL DE VILLE  
D'ANTIBES - JUAN-LES-PINS**  
24 Cours Masséna,  
06600 Antibes