

## CHARTRE PARTICIPANT

Le programme « Bougez sur ordonnance<sup>®</sup> » est un dispositif de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Occitanie.

Les objectifs principaux sont :

- Améliorer la condition physique.
- Accompagner le sujet vers une reprise d'activité physique régulière.
- Accompagner le sujet vers une réduction des comportements sédentaires.
- Permettre une pratique en autonomie.
- Améliorer la qualité de vie.
- Créer du lien social.

Les objectifs secondaires sont :

- Continuer une activité encadrée.

### Les engagements

Je m'engage à :

- Suivre les séances encadrées dans le cadre du programme « Bougez sur ordonnance<sup>®</sup> ».
- Poser des objectifs raisonnables en lien avec le professionnel en activité physique.
- Reprendre une activité physique régulière au quotidien.
- Réduire les comportements sédentaires au quotidien.
- Rendre compte à l'enseignant en activité physique de tout problème lié aux séances encadrées.
- Faire un retour au médecin prescripteur de l'expérience vécue dans le cas du programme « Bougez sur ordonnance<sup>®</sup> ».

Nom :

Prénom :

Déclare adhérer au programme « Bougez sur ordonnance<sup>®</sup> » et respecter les engagements.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_



VOTRE MEDECIN  
DIT OUI  
À L'ACTIVITÉ  
PHYSIQUE

N'HÉSITEZ  
PAS À LUI  
PARLER DU  
DISPOSITIF

**BOUGEZ SUR ORDONNANCE<sup>®</sup>**

POUR RETROUVER UN MODE DE VIE ACTIF...

DÈS SEPTEMBRE 2019


**NÎMES sport santé**  
6 rue du Rempart Romain - 30000 NÎMES  
asso@nimessportsante.fr  
06 31 41 83 00

**MALADIE CHRONIQUE**  
DIABÈTE - OBESITÉ  
PATHOLOGIE - CARDIAQUE


**PRESCRIPTION  
ÉVALUATION  
PRISE EN CHARGE  
ORIENTATION  
SUIVI**


PROGRAMME ENCADRÉ PAR UN ENSEIGNANT EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

The advertisement features a top-down view of a doctor's hands typing on a laptop, with a stethoscope on a clipboard, dumbbells, and a jump rope nearby. The text is in various colors and fonts, emphasizing the medical endorsement and the goal of an active lifestyle.




Prenez rendez-vous avec votre médecin traitant qui vous délivrera un certificat médical (page 3 de ce livret)



Contactez nous au **06 31 41 83 00** 

Nous vous proposerons un entretien individuel afin de réaliser une évaluation initiale de votre condition physique. Un livret de suivi de votre activité vous sera également remis




Vous pourrez alors bénéficier d'un **programme de réhabilitation de 8 semaines** en intégrant une ou plusieurs de nos activités :

	<b>Marche nordique</b>	
	<b>Programme Equilibre</b>	
	<b>Free Fit</b>	
	<b>Gym/Stretching</b>	
	<b>Ping Santé</b>	


+ des ateliers d'information et de sensibilisation



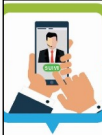
A l'issue de ce programme, nous vous proposerons une nouvelle évaluation de votre condition physique



Vous serez ensuite orienté vers une activité sportive



Vous serez également suivi au travers de votre pratique physique et/ou sportive pendant les 6 mois suivants votre sortie du dispositif



**CERTIFICAT DE PRESCRIPTION EN ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE**  
**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION**

Je soussigné(e), Docteur en Médecine.....

Exerçant à .....

Médecin traitant.

Autre : .....

Certifie avoir examiné ce jour

Monsieur, Madame NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à .....

N'avoir constaté par l'interrogatoire et l'examen clinique, aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques adaptées dans le cadre du dispositif « *Bougez sur ordonnance* » mis en place sur Nîmes par Nîmes Sport Santé;

Et recommande concernant la pratique d'activités physiques (type d'activité, intensité, fréquence, volume, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

Précautions éventuelles à respecter par l'enseignant en activité physique adaptée (intensité, mobilisations ou exercices à éviter, etc.) :

.....

.....

.....

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour.

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du médecin

