

# 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 :

- Remplir régulièrement le carnet de suivi
- 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 \_\_\_\_\_

 **NÎMES sport santé**  
— Sport thérapie —

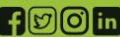
SAISON  
2020/2021

Votre médecin dit OUI à l'activité physique

**BOUGEZ  
SUR  
ORDONNANCE<sup>®</sup>**

**Maladie Chronique**  
Pathologie cardiaque  
Diabète - Obésité  
Cancer ...

Prescription  
Evaluation  
Prise en charge  
Orientation  
Suivi



**Nîmes Sport Santé**

6 rue du rempart romain, 30000 Nîmes

☎ 06.31.41.83.00 ✉ asso@nimessportsante.fr

✉ MEDIMAIL maisonsportsantenimes@org.oc.mssante.fr



# VOUS ETES PORTEUR(SE) D'UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE ?



Demandez à votre médecin une prescription en activité physique adaptée (ci-contre)

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

Nous vous proposerons une évaluation initiale de votre condition physique.



Suivez un programme de **8 semaines** d'activités physiques adaptées :



Gym douce



Cardio Santé



Gym stretching



Tennis de Table



Aquagym



Marche Nordique



Equilibre  
Prévention des chutes



Handfit



Qi Gong



Free-Fit



Pilates



Clubs sportifs ordinaires

Activités à l'année de N2S  
Clubs Sport Santé partenaires

Pratique autonome



Bilan fin de programme  
et orientation vers

# CERTIFICAT DE PRESCRIPTION EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

## 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 .....

Pathologie principale : .....

Pathologies secondaires : .....

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

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du médecin

Afin de vous adresser le bilan de l'accompagnement de votre patient via une messagerie sécurisée merci d'indiquer en majuscules votre adresse mail :

.....@.....