

# CHARTRE PARTICIPANT

Le programme « Bougez sur ordonnance<sup>®</sup> » est un dispositif de la direction de région académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES)

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 \_\_\_\_\_



Votre médecin dit OUI à l'activité physique

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

BILAN DE CONDITION PHYSIQUE  
ENTRETIEN MOTIVATIONNEL  
ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE  
ORIENTATION  
SUIVI

Maladie Chronique  
Pathologie cardiaque  
Diabète - Obésité  
Cancer ...

**Nîmes Sport Santé**  
6 rue du rempart romain, 30000 Nîmes  
06.31.41.83.00 | maisonsportsantenimes@gmail.com

[www.maisonsportsantenimes.fr](http://www.maisonsportsantenimes.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



Be Fit



Bilan fin de programme et orientation vers



Clubs sportifs ordinaires  
Activités à l'année de N2S  
Clubs Sport Santé partenaires  
Pratique autonome



**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

Madame, Monsieur 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'activité physique adaptée dans le cadre du programme « *Bougez sur ordonnance* » mis en place sur Nîmes

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.) :

.....  
.....  
.....

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

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

..... @ .....