

CHARTRE PARTICIPANT

Le programme « Bougez sur ordonnance[®] » 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[®] ».
- 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[®] ».

Nom : _____ Prénom : _____

Déclare adhérer au programme « Bougez sur ordonnance[®] » et respecter les engagements.

Fait à _____, le _____

Signature _____



Votre médecin dit OUI à l'activité physique

**BOUGEZ
SUR
ORDONNANCE[®]**

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

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



Aquagym



Handfit



Free-Fit



Gym stretching



Marche Nordique



Be Fit



Tennis de Table



Qi Gong



Equilibre
Prévention des chutes



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 :

..... @