



BULLETIN D'INSCRIPTION
SAISON 2022 / 2023



ACTIVITES PHYSIQUES et SPORTIVES sur ORDONNANCE

N° APSO : NOM.....

PRENOM.....

SEXE F / M DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE

TEL PORTABLE // TEL FIXE

E-MAIL.....MUTUELLE

SITUATION FAMILIALE : Seul(e) En couple Enfant(s) à domicile Enfant(s) hors domicile

CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE : Agriculteurs Exploitants - Cadres/Professions supérieures

Employés - Ouvriers - Professions intermédiaires - Inactifs - Retraité - Etudiant

MEDECIN REFERENT

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (nom/prénom et téléphone) :

Certaines activités nécessitent d'avoir un véhicule : OUI NON

SALON LE

SIGNATURE

Ce bulletin est à remettre au secrétariat de l'Office Municipal des Sports (3 rue de l'Etang de Berre) accompagné :

- du règlement de 50€ (chèque(s) / espèces) - paiement en 2 fois possible
- charte avec droit à l'image (à signer au verso du bulletin d'inscription)
- le choix de 3 activités physiques via le planning du programme
- la prescription du médecin
- fiche diagnostique
- d'un **certificat médical (MOINS DE 3 MOIS) avec la mention d'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION**

A LA PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES

PARTIE RESERVEE A L'OMS

MODE DE PAIEMENT

- Chèque(s) N°
- Espèces

Charte d'engagement

En signant ce document, le patient s'engage à :

- ▶ Pratiquer régulièrement l'activité physique proposée par l'éducateur pendant toute la durée du Programme.
- ▶ Accepter un suivi régulier.
- ▶ Pratiquer dans une tenue adaptée à l'activité physique

Le patient peut à tout moment arrêter sa participation au dispositif sans supporter aucune responsabilité ni pénalisation. Il en informe les éducateurs sportifs et le secrétariat APSO.

Le patient accepte :

- ▶ Que les informations le concernant soient partagées par l'équipe pluridisciplinaire du dispositif.
- ▶ Que les données le concernant soient informatisées (1).

Aucune donnée médicale ne sera partagée ou informatisée. Les seuls éléments suivis seront ceux concernant la pratique régulière de l'activité physique.

Le patient refuse (cocher la case le cas échéant) :

d'être photographier pour une utilisation afin d'assurer la promotion du dispositif.

Je soussigné(e) M.....
déclare avoir pris connaissance de la Charte d'engagement du patient et à en accepter les termes.

Fait à Salon-de-Provence, le :

Signature :

(1) Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation du projet sous forme de données anonymes. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service de coordination. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.