

CHARTRE PARTICIPANT

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

 **NÎMES sport santé**
— Sport thérapie —

SAISON
2020/2021

Votre médecin dit OUI à l'activité physique

**BOUGEZ
SUR
ORDONNANCE[®]**

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 :

.....@.....