



Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**I. COORDONNEES DE L'ABONNE**

NOM .....  
PRENOM .....  
ADRESSE .....  
TEL .....  
COURRIEL .....

**II. PIECES A FOURNIR AU JOUR DE LA SOUSCRIPTION**

- Ordonnance / Prescription médicale de Sport Santé
  - Certificat médical de non contre-indication
- Le soussigné atteste sur l'honneur avoir transmis ces documents**

**III. FORMULES ET TARIFS**

Je sélectionne un créneau fitness + un créneau natation, sous réserve de confirmation avec les éducateurs Sport Santé lors du premier entretien :

- NATATION SPORT SANTE** : LUNDI 13H00-13H45
- NATATION SPORT SANTE** : VENDREDI 13H00-13H45
- FITNESS SPORT SANTE** : MERCREDI 10H30-11H15
- FITNESS SPORT SANTE** : JEUDI 13H00-13H45

**IV. SIGNATURE**

Fait à : ..... Date : .....

**Signature :**

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Trois méthodes d'inscriptions possibles :

- **Cycle de 10 séances : 129 € le premier cycle, puis 99 € par cycle avec entretien de fin.**
  - Un entretien individuel en début de cycle et un en fin de cycle (hors séances)
  - Les entretiens sont placés de préférence lors des vacances scolaires.
  
- **Cycle de 80 séances (inscription annuelle) : 585 €**
  - Un entretien individuel en début de cycle et un en fin de cycle (hors séances)
  - Les entretiens sont placés de préférence lors des vacances scolaires.
  
- **Option supplémentaire : 10 entrées pour l'espace Bien-être : 160 €**
  - Soit 16 € l'entrée au lieu de 22 €

## ANNEXE : FORMULAIRE DE PRESCRIPTION A LA DISPOSITION DES MEDECINS TRAITANTS

Date : .....

Je soussigné.e .....

Docteur en médecine, exerçant à : .....

Certifie avoir examiné ce jour Mme, M : .....

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée,

Pendant ..... , à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisations d'activité :

.....

.....

.....

.....

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique<sup>1</sup>), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire<sup>2</sup> :

.....

Document remis au Patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu : ..... Date : .....

Signature et cachet professionnel :

<sup>1</sup>Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD

<sup>2</sup> Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)