

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

.....

TELEPHONE : .....

E-MAIL : .....


N° ADHERENT :

Je demande mon adhésion à l'Association « Sport Santé dans le Pays du Chinonais ».

J'ai pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association que je m'engage à respecter et à défendre.

Je m'engage à respecter un code moral et de confidentialité.

- Chaque membre est tenu de respecter un devoir de discrétion et de réserve lors des échanges et des propos tenus lors des réunions ou des séances d'Activités Physiques Adaptées.

REGLEMENT ADHESION 15 €		DOCUMENTS <b>OBLIGATOIRES</b> A FOURNIR	REGLEMENT DES ACTIVITES Carnet à souche de 12 tickets
Espèces <input type="checkbox"/>	Chèque <input type="checkbox"/>	<b>PRESCRIPTION MEDICALE D'ACTIVITES PHYSIQUE ADAPTEES</b> <b>CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION</b> <i>Pour les personnes en ALD ou maladies chroniques</i> <input type="checkbox"/>	<b>48.00 € correspondant à :</b> 12 séances à 4.00 €
Références émetteur :			Espèces <input type="checkbox"/>   Chèque <input type="checkbox"/>
		<b>ATTESTATION D'ASSURANCE</b> <i>Responsabilité civile</i> <input type="checkbox"/>	<i>En cas de poursuite des activités,            contacter le bureau 07.69.36.26.97            pour obtenir un nouveau carnet</i>
			<b>LA FOURNITURE DE CES DOCUMENTS            CONDITIONNERA L'ACCES AUX ACTIVITES ET LA DELIVRANCE DU CARNET D'ACTIVITES</b>

La convocation à l'Assemblée Générale annuelle est transmise par e-mail. Si je ne renseigne pas d'adresse mail, je fournis une enveloppe timbrée à mon adresse pour m'informer de celle-ci.  J'accepte  Je m'oppose

Des informations pourront vous être transmises par e-mail et affichées sur le panneau d'affichage situé à la Maison de la Santé Pluridisciplinaire et Universitaire du Véron, relayées également sur notre page Facebook et notre site internet.

**Droit à l'image (diffusion de photographies ou de vidéos) :**  J'accepte  Je m'oppose

Date

Signature « Précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

**\*A remplir obligatoirement**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé détenu exclusivement par l'Association Sport Santé dans le Chinonais dans le cadre des Activités Physiques Adaptées dispensées, et ce, pendant la durée des activités sollicitées.

Les données collectées seront communiquées aux éducateurs dispensant les Activités Physiques Adaptées ainsi qu'au secrétariat de l'Association dans le cadre du traitement des adhésions.

Les données sont conservées pendant la durée totale des activités (comprenant plusieurs sessions).

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'Association dont vous trouverez les coordonnées ci-dessous.

<b>Tampon du Médecin</b>	
--------------------------	--

**DATE :**

**Nom du patient :**

**Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée**

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

**Préconisation d'activité et recommandations**

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

**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            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)