Maison Sport et Santé

Programme A.P.A.S.

Sport Sur Ordonnance *Collectif*

Les Maisons Sport et Santé en collaboration avec la **CPAM de la Côte d'Opale** proposent :
Des programmes A.P.A.S. (Activité Physique Adaptée à la Santé) - Sport sur ordonnance pour les personnes atteintes d'affections longues durées, maladie chroniques, des facteurs de risques (décret N°2023-235 du 5 avril 2023 - art 1) et les personnes en situation de perte d'autonomie due au handicap ou au vieillissement.

Les programmes consistent en :

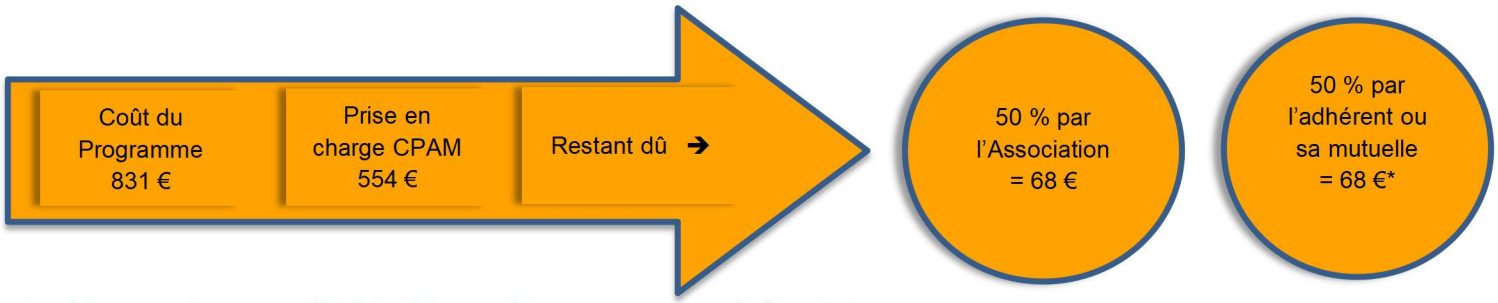
- Une évaluation physique individuelle en début et fin de programme
- 20 séances A.P.A.S. (1 fois par semaine)

Tarif du Programme : 330 €
+ Adhésion à PAS'APA : 15 €

Le programme est pris en charge en partie par la CPAM Côte d'Opale à hauteur de **194 €**

Le reste soit **136 €** est pris en charge :

- ✓ 50 % par l'Association
- ✓ Le solde par l'adhérent ou sa mutuelle



*** 2 chèques maximum, possibilité de régler en 2 fois : 34 € au moment de l'inscription et 34 € à M+2**

Les activités proposées : **

- Vélo
- Marche à pied
- Renforcement musculaire
- Stretching
- Cardio
- Multisport enfant
- Équilibre
- Pilate
- HIIT
- QI Gong
- Sophrologie

Mais aussi :

- Atelier Bien-être
- Atelier Santé
- Groupe de parole à thème

Les bienfaits du programme APAS :
Notre programme APAS vise à **maintenir ou améliorer** l'autonomie, la **santé physique et mentale** de nos patients. Les activités proposées dans le programme vont permettre de **lutter** contre la sédentarité, la sarcopénie, **augmenter** la souplesse, l'estime de soi, les capacités physiques du patient.

**** vous pouvez essayer chaque activité Sport Santé une fois, ensuite il conviendra de souscrire à l'abonnement Sport Santé**

Consultez votre médecin traitant
Pour toutes informations complémentaires, nous vous invitons à prendre contact avec nos services (voir ci-dessous)

Fiche de contact

06.85.79.45.81

122 rue Bassemstraete, 62910 Eperlecques

assopasapa62@gmail.com

Dossier d'inscription 2024 - 2025
Sport sur Ordonnance *Collectif*

Etat Civil

Renouvellement ☐ **Nouvel Adhérent** ☐

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Code Postal ..... Commune.....

Téléphone ..... Date de Naissance.....

Mail.....

Contact d'urgence

Nom.....Prénom.....

Tél. Fixe ..... Tél. Portable.....

Adhésion à l'Association PAS'APA (Obligatoire)

Je certifie vouloir adhérer à l'Association PAS'APA. De ce fait, je reconnais l'objet de l'Association, et j'accepte de suivre le règlement intérieur. Je suis pleinement informé(e) des droits et des devoirs des membres de l'Association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Adhésion 15 € ☐

Mode de règlement

Chèque ☐ Espèces ☐

Chèque vacances ☐ Coupon Sport ☐ Chèque Sport / Bien-être ☐

Autorisez-vous l'Association à utiliser votre image pour les besoins de sa communication ?

Oui ☐ Non ☐

Bon d'Acceptation

Je, soussigné .....

Donne mon accord pour intégrer le «Programme A.P.A.S. Sport sur Ordonnance»

Et accepte le transfert de mes données personnelles sur le système de gestion de données Dénéo

Les informations collectées sont à l'usage exclusif et interne de l'association PAS'APA et ne sont pas diffusées à d'autres organismes ou sociétés. Les informations sont sécurisées via notre logiciel Dénéo.

Fait à..... le .....

Signature de l'adhérent

CNIL (Commission Nationale de l'Informamtique et des Libertés) - Ce que dit la loi :
Le recueil de ces informations a fait l'objet d'une déclaration préalable auprès de la CNIL avec l'utilisation de notre logiciel Dénéo. Ces informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées exclusivement à l'Association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit d'obtenir l'information sur l'utilisation de vos données, adressez-vous à l'Association d'accueil (voir fiche de contact).

Formulaire spécifique de prescription d'une activité physique adaptée

L'article D.1172-2 du code de la santé publique dispose que le médecin établit la prescription médicale initiale d'activité physique adaptée (APA) sur un formulaire spécifique dont le modèle est défini par arrêté du ministère chargé de la santé.

Par ailleurs l'article D.1172-2-1 dispose qu'avec l'accord du patient, le masseur-kinésithérapeute peut, sauf indication contraire du médecin, renouveler une fois la prescription médicale initiale d'activité physique adaptée, à l'échéance de la durée de celle-ci ou du nombre de séances prescrites ou l'adapter en termes de type d'activité, d'intensité, de fréquence et de durée, sur le formulaire spécifique prévu à l'article D.1172-2.

Le présent modèle de formulaire est destiné à être utilisé par le médecin prescripteur d'une APA et par le masseur-kinésithérapeute, lorsque ce dernier renouvelle ou adapte la prescription médicale initiale.

Partie destinée au médecin (tampon du médecin)

Date :.....

Nom et Prénom du patient.....

Je prescris une activité physique adaptée, pour une durée de.....
(la durée de prescription est de 3 à 6 mois renouvelable), à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité, selon les référentiels d'aide à la prescription d'activité physique lorsqu'ils existent (type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état de santé du patient d'exercices d'endurances, de renforcement musculaire, de travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, fréquence, intensité) :

.....

.....

.....

Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte :

Cette prescription ouvre droit au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel par une personne qualifiée (masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, intervenant en activité physique adaptée formé à la réalisation de ces évaluations), à l'entrée puis à la fin du programme d'activité physique adaptée, en référence à l'article D.1172-2 du code de la santé publique.

Le patient présente-il une indication qui nécessite le renouvellement et l'adaptation de la prescriptions par le médecin.:

Oui ☐ Si oui, mentionner laquelle.....

Non ☐

Signature du Médecin :