

PROGRAMME RETOUR AU SPORT

LUNDI	RENFORCEMENT MUSCULAIRE	17H45 - 18H45	Salle BANON
MERCREDI	AQUAGYM	09H00 – 10H00	Piscine
MERCREDI	MARCHE	14H00 – 15H30	Aléatoire
JEUDI	GYM DOUCE	10H45 – 11H45	Halle des sports
VENDREDI	AQUAGYM	15H00 – 16H00	Piscine

COMMENT S'INSCRIRE ?

L'inscription est réservée aux personnes ayant une maladie chronique et/ou aux personnes de plus de 60 ans sur prescription médicale.

Inscription sur rendez-vous au secrétariat du Centre Médico Sportif, quartier

St Christophe, Centre hospitalier, 04000 Digne-les-Bains.

Téléphone : 07.48.77.43.85/06.71.08.53.73

1^{ère} participation au programme

- 1) Remplir votre fiche d'inscription
- 2) Fournir un certificat médical et une prescription d'activité physique adaptée
- 3) Fournir un chèque d'adhésion à l'association de 30 € à l'ordre Centre Médico Sportif.
- 4) Prendre rendez-vous pour votre entretien initial et l'évaluation de votre condition physique.

Le programme RETOUR AU SPORT commence par une évaluation de votre condition physique avec des tests de souplesse, d'endurance, de force, d'équilibre et de coordination ainsi qu'un entretien avec un enseignant en activité physique adaptée.

Il est demandé de faire un choix de 2 activités par semaine parmi les 6 activités proposées. Sachant qu'il n'est pas possible de faire 2 activités aquagym afin de laisser de la place pour tout le monde.

Plusieurs formules possibles pour les personnes désirant continuer le programme.

- Formule 1 : programme de 3 mois avec 2 séances par semaine 110€
- Formule 2 : programme de 6 mois avec 2 séances par semaine 150€
- Formule 3 : programme sur l'année complète avec 2 séances par semaine 180€

(Certaines mutuelles remboursent l'activité physique adaptée. Renseignez-vous directement auprès de votre mutuelle pour savoir si elle propose cette option)

FICHE D'INSCRIPTION

PROGRAMME RETOUR AU SPORT – DIGNE-LES-BAINS

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	SEXE : M / F
TAILLE :	POIDS :
ADRESSE :	
ACTIVITES :	
POINTURE (pour la plongée) :	
EMAIL :	TEL FIXE : TEL PORT. :
<u>MEDECIN PRESCRIPTEUR :</u> NOM : VILLE :	
<u>PERSONNE DE CONFIANCE (A contacter si nécessaire) :</u> NOM : PRENOM : ADRESSE : TELEPHONE :	

A DIGNE-LES-BAINS, le...../...../.....

SIGNATURE

