



## MAIRIE DE JAVENÉ

Service des sports

2 place Saint-Martin

35133 JAVENÉ

0299991508

0673585981



## BIEN VIEILLIR A JAVENÉ

Par une alimentation et une activité  
physique adaptée.

*Programme sportif d'activités physiques adaptées en  
ateliers de 6 à 12 personnes*

*HORAIRES:*

***Mardi*** de 9h à 10h30

***Jeudi*** de 9h à 10h30

***Jeudi*** de 16h45 à 18h15



Les informations personnelles recueillies sur cette fiche, sont obligatoires et nécessaires pour votre inscription à l'activité « bien vieillir à Javené », et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Elles sont enregistrées et transmises aux services de la collectivité territoriale en charge de leur traitement. Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données de la collectivité, en adressant une demande par écrit accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : Centre de Gestion d'Ille-et-Vilaine, 1 avenue de Tizé – CS 13600 - 35236 Thorigné-Fouillard cedex ou à [dpd@cdg35.fr](mailto:dpd@cdg35.fr)  
Pour connaître vos droits et les modalités pour les exercer, veuillez consulter la notice d'information affichée sur le site internet de la commune <https://www.mairie-javene.fr/> rubrique *Politiques de confidentialité*.

## Bulletin d'inscription

NOM:

Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Téléphone:

Mail:

Ce qui vous motive à venir aux ateliers /remarques:

## **Certificat médical**

***Le Certificat médical permettant une pratique d'activité physique adaptée et sécurisée dans le cadre du sport santé***

« Je soussigné Dr ..... Docteur en médecine certifiée avoir examiné  
Mr/Mme/Mlle/l'enfant/l'élève .....  
né(e) le...../...../.....  
et avoir constaté que son état de santé actuel :

**-Autorise** la pratique des activités physiques ou sportives suivantes sans adaptation (Certificat médical de non contre-indication) liste :

**-Entraîne** une inaptitude partielle liée : à des types de mouvements limités en amplitude (oui/non avec localisation), en vitesse (oui/non avec localisation), en charge (oui/non avec localisation), en posture (oui/non avec localisation), à des types d'efforts limités en intensité (oui/non) ou en durée (oui/non), à des capacités incompatibles avec un travail en hauteur (oui/non), en milieu aquatique (oui/non), dans des conditions atmosphérique (préciser)

**-Autres précisions** pouvant aider l'enseignant, l'éducateur, l'animateur ou la prise en charge en APA :

-Demande une prise en charge en Activité Physique Adaptée par le réseau sport-santé-bien-être et autorise la réalisation des tests d'évaluation de l'état physique suivants : test de 6 minutes de marche (oui/non), test de la chaise (oui/non), test de souplesse (oui/non), test d'équilibre (oui/non)

-Certifie avoir remis le document présent à l'intéressé (ou à son représentant légal pour les moins de 15 ans) pour faire valoir ce que de droit

Fait à ..... le ....

Signature :

Cachet médical

Coordonnées du Médecin: