

Fiche Bilan Sport Santé*

LIMOGES
LE FEU CRÉATIF

M ☐ Mme ☐

NOM ..... **Prénom** .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. portable ..... Tél. domicile .....

Adresse électronique .....

Date de naissance .....

Nom du médecin traitant .....

☐ *« Je m'inscris à l'opération PRINTEMPS SPORTIFS et déclare avoir pris connaissance des conditions de l'opération. Je déclare disposer d'une assurance susceptible de couvrir les dommages aux personnes ou aux biens que je pourrais aussi bien causer que subir. Je déclare que tous les éléments fournis dans ce dossier sont exacts ».*

☐ J'autorise la réalisation, la reproduction et la diffusion par la Ville de Limoges de photographies (prises de vues générales ou portraits), films et/ou enregistrements. Leur utilisation sera réservée à la promotion et à la communication interne et externe de la Ville de Limoges sur ses différents supports (intranet, rapport d'activité, site internet, réseaux sociaux, magazine municipal, plaquettes d'information...) pendant 1 an suivant la fréquentation des activités. Il est entendu qu'aucun usage commercial n'en sera fait et que la Ville de Limoges s'interdit toute utilisation pouvant porter atteinte à ma dignité.

☐ J'autorise la Ville de Limoges à utiliser l'adresse électronique indiquée ci-dessus pour me transmettre, par courriel, des informations relatives aux activités organisées par la Ville de Limoges. Cette utilisation est strictement limitée à cette finalité : mon adresse électronique ne sera ni cédée ni communiquée à des tiers, ni utilisée à d'autres fins. Je peux retirer mon consentement à tout moment en écrivant à sports.animation@limoges.fr ; ce retrait n'affecte en rien ma participation à l'opération.

Date Signature

Pratiquer une activité sportive tout le long de sa vie contribue au bien-être, à une qualité de vie : Elle permet une meilleure connaissance de son corps, de renforcer son capital santé ; le sport stimule le métabolisme, aide à garder un poids stable, favorise une bonne irrigation, diminue les risques d'accident cardio-vasculaire...
À chaque période de vie correspond sa pratique du sport. Individualisation, progressivité, sécurité et régularité sont les principes clefs des *Printemps Sportifs.*

On se sent mieux, mieux dans son corps, mieux dans sa vie.

GARDEZ LA FORME APRÈS 50 ANS en pratiquant un SPORT à VOTRE RYTHME

* Traitement des données à caractère personnel - à compléter au verso du document

** Données à caractère personnel*

J'accepte que les informations ci-dessus relatives à mon état de santé soient communiquées aux éducateurs sportifs dans un objectif de prévention, d'adaptation et de personnalisation de leur intervention pédagogique. J'ai bien noté qu'elles sont demandées à titre facultatif et ne conditionneront pas ma participation.

Nom ..... *Prénom* .....

Signature :

Protection des données :

Sur le fondement légal des articles 6-1-b (exécution d'un contrat) et 6-1-a (consentement) du Règlement européen sur la protection des données, la Ville de Limoges effectue une gestion informatique des renseignements communiqués afin d'assurer la gestion des activités des « Printemps sportifs ». Ces informations sont réservées à l'usage de la Direction des sports et seront conservées pendant un an suivant la période de fréquentation des activités ou jusqu'à règlement définitif d'un contentieux éventuel.
Vous pouvez accéder aux données vous concernant et demander leur rectification si vous estimez qu'elles sont inexactes ou incomplètes (articles 15 et 16 du RGPD). Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement pour l'autorisation de prise de vues, demander la suppression des données périmées ou dont le traitement serait illicite (article 17 du RGPD).
Pour exercer ces droits vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données (dpo@limoges.fr) ou utiliser un formulaire à votre disposition sur le site Internet de la Ville (rubrique « protection des données »).
Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés par voie postale (CNIL 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07) ou en ligne (www.cnil.fr/fr/plaintes)
L'adresse électronique des participants ayant coché la case d'autorisation est également utilisée, sur le fondement du consentement (article 6-1-a du RGPD), pour l'envoi d'informations relatives aux activités organisées par la Ville de Limoges. Elle est conservée jusqu'au retrait du consentement du participant ou, au plus tard, trois ans après le dernier envoi.

À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT *(avant d'aller voir le médecin)*

Soyez acteur de votre santé et discutez avec votre médecin de vos réponses à ce questionnaire**
Il vous permettra de vous aider à choisir les activités physiques et sportives du programme *Printemps sportifs* en toute sécurité.

Votre médecin vous a t-il déjà dit que vous aviez un problème cardiaque ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà eu des douleurs dans la poitrine ou au niveau du cœur ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà eu des essoufflements ? *(plusieurs réponses possibles)*

☐ Oui, spontanément ☐ Oui, pendant l'effort ☐ Oui, après l'effort ☐ Non

Vous sentez-vous parfois faible ou avez-vous parfois des vertiges ou des pertes de connaissances ?

☐ Oui ☐ Non

Votre médecin vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était trop élevée ?

☐ Oui ☐ Non

Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez des problèmes articulaires ou osseux comme de l'arthrose ou des rhumatismes qui pourraient être aggravés par un exercice ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà eu des malaises à l'effort ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà eu des céphalées à l'effort ?

☐ Oui ☐ Non

Y a-t-il une raison physique non mentionnée ci-dessus qui vous empêcherait d'avoir une activité plus importante même si vous le souhaitiez ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : ……..

Avez-vous déjà eu des contre-indications en sport ?

☐ Oui ☐ Non

PRATIQUE SPORTIVE

Pratiquez-vous actuellement une activité physique ou sportive ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquée(s) :

Nombre de fois/semaine : ☐ 1 fois ☐ 2 fois ☐ 3 fois ☐ autre

Date Signature du participant

***source PNNS ; activités physiques et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques.*
Ministère de la santé et des solidarités, Société française de nutrition. Octobre 2005

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Audition ……

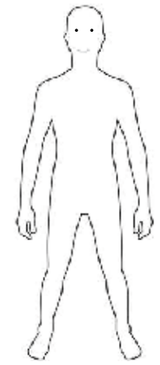
Équilibre : facile →1=2=3=4=5→ difficile

Vue corrigée : ☐ Oui ☐ Non

Tension artérielle ……

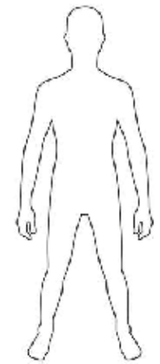
Taille ……

Poids ……



FACE

Signaler par une croix les zones de vigilance



DOS

Recommandations /Conseils

Inscription aux activités :
……

Certificat médical

Je soussigné(e) Dr…… certifie que

M. ou Mme ……

- ne présente pas de contre indication à la pratique de *(Bien spécifier les activités sportives)*
  ……
  ……
- présente une contre indication à la pratique de ……
  ……

Date : Signature et cachet du Médecin