



**En vigueur
(V10-2025)**
Document à conserver



L'ensemble des documents sera transmis par courrier ou déposé :

Association IEMC - A l'attention de Mme COLIN Caroline
Service d'endocrinologie - Hôpital Ste Musse
Rue Sainte Claire Deville
83 000 TOULON

Le dossier ne sera traité qu'à réception de l'ensemble des pièces demandées...

o Votre **demande d'engagement** après lecture du règlement intérieur (sur site internet <https://www.apassportsante.fr/>) et votre **autorisation pour les prises de vues** complétées et signées.

o Votre **fiche d'inscription**

o Paiement intégral (pour l'année complète) dès l'inscription (Cf Règlement intérieur) :

- En **ligne** via **HelloAsso** (sur demande).
- En **chèque(s)** - Mettre le nom au dos du chèque et voir règlement intérieur si paiement en plusieurs fois.
- En **espèces**.

Attention : Fournir un justificatif de la Caisse d'Allocation Familiale pour le calcul de votre adhésion.

o Une **attestation de responsabilité civile** (à demander auprès de votre assurance habitation).

o Un **prescription médicale** (fiche fournie dans le dossier) pour la pratique d'activités physiques adaptées de moins de 3 mois.

o Une **photo** (il n'est pas obligatoire de fournir une photo d'identité)

o Une **enveloppe timbrée** avec vos Nom - Prénom et Adresse postale **n'est pas nécessaire si vous choisissez de recevoir les éléments par mail.**



En vigueur (V10-2025)

Document à conserver



Demande d'engagement

Je soussigné(e) M, Mme, Mlle (NOM Prénom)
souhaite adhérer à l'Association IEMC, dans la structure APAS'SPORT, et obtenir la
qualité de membre licencié.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur (Version V10-2025) de
ladite association, que je m'engage à respecter (Disponible sur simple demande ou
sur notre site internet).

J'atteste sur l'honneur de la véracité des éléments fournis dans le présent dossier.

Fait à le/...../.....

Signature

(Précédé de la mention « Lu et Approuvé »)

Autorisation de prises de vue

Je soussigné(e)* Le/...../.....

RECONNAIS avoir participé à des prises de vue photographiques et/ou à des
enregistrements audiovisuels réalisés par l'Association IEMC APAS'SPORT.

ACCEPTÉ et AUTORISE ou N'ACCEPTE et N'AUTORISE PAS
sans contrepartie financière le stockage, la reproduction et la diffusion de ces
photographies et enregistrements audiovisuels pour une communication sur le site
web ou sur tous supports, y compris par voie d'édition de flyers, de produits
multimédias, soit directement, soit par l'intermédiaire de tout tiers ou organisme
autorisé

Fait à le/...../.....

Signature

(Précédé de la mention « Lu et Approuvé »)



Prescription médicale Sport sur ordonnance



Je soussigné Dr..... atteste que

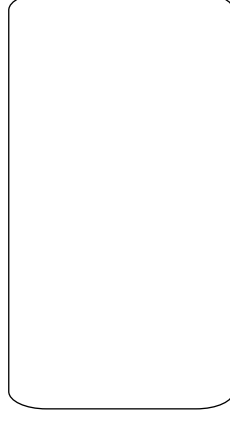
Mr/Mmené(e) le/...../.....

ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable ce jour à la
pratique d'**Activité Physique Adaptée en Santé (APAS)** dans le cadre de
sa ou ses pathologies et que son état de santé nécessite une prise en
charge en **APAS** comme traitement non médicamenteux.

Par conséquent, je prescris des **séances** d'activité physique adaptée à adapter
en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Fait à : Le/...../.....

Signature et cachet du praticien



Maison Sport Santé Toulon - Var Est « APAS'SPORT... un pas vers le sport »

Présidente : Dr Véronique DI COSTANZO - 04 94 14 52 60 - veronique.di-costanzo@ch-toulon.fr

Coordinatrice : Caroline COLIN-GUIEU - 06 86 54 69 18 - apas.sport.maatis@gmail.com



En vigueur (V10-2025) Fiche d'inscription



Informations Générales :

NOM : _____ NOM de Naissance : _____

Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Numéro de portable : _____ Si NON de fixe : _____

Pour faciliter la diffusion des informations vous nous autorisez à vous ajouter aux groupes WhatsApp de l'association : ☐ **OUI** (préférable pour être informé en temps réel) ☐ **NON**

Mail : _____ @ _____

Adresse Postale : _____

Avez-vous une mutuelle ? ☐ **NON** ☐ **OUI**, laquelle : _____

Vous êtes envoyé(e) ou orienté(e) par un médecin (lequel), amis, autres (merci de préciser) : _____

Vous avez réalisé un bilan initial de capacités physiques : ☐ **NON** ☐ **OUI**, avec qui : _____

Informations personnelles *(nécessaires pour une prise en charge adaptée et optimale)*

Cocher les cases vous concernant :

☐ **Diabétique** : ☐ Type 1 OU ☐ Type 2 **Insuline** : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si donnée disponible,

précisez le taux d'hémoglobine glyquée au moment de l'inscription : _____

☐ **Hypertension artérielle**

☐ **Surpoids ou obésité**

Si possible précisez votre Indice de Masse Corporelle (IMC) : _____

☐ **Troubles respiratoires**. Si oui lesquels : ☐ **BPCO** ☐ **Asthme** ☐ **Autres** : _____

☐ **Prothèse** : ☐ **Hanche** ☐ **Genou**

☐ **Autres membres douloureux** : _____

☐ **Autres informations** : _____



En vigueur (V10-2025) Fiche d'inscription



Quelles activités souhaitez-vous pratiquer ?

Choix des créneaux inclus dans le dispositif passerelle proposant une prise en charge adaptée de type renforcement musculaire, réentraînement à l'effort, -endurance, équilibre, souplesse (Inclus dans la cotisation. Se référer au planning ainsi qu'au règlement intérieur pour plus de précisions) :

Voeu n°1 : Lieu _____ Jour : _____ Heure : _____

Voeu n°2 : Lieu _____ Jour : _____ Heure : _____

Indépendamment des cours en salle mentionnés ci-dessus, merci de renseigner les activités (non incluses dans la cotisation) que vous souhaiteriez ajouter :

NOUS CONTACTER POUR LES TARIFS ET/OU MODALITÉS DE PAIEMENT

- Intéressé(e) par des **promenades** adaptées ou **circuits training adaptés** en extérieur (Les lieux et jours aléatoires seront précisés par l'envoi d'un sms) :

☐ OUI ☐ NON

- Intéressé(e) par les cours d'activités physiques adaptées en **piscine** (Stade Nautique du Port Marchand) :

☐ OUI ☐ NON

Si OUI précisez-nous vos souhaits : ☐ Mardi 12h30 - 13h30 ☐ Jeudi 12h30 - 13h30

- Intéressé(e) par des séances de **danse adaptée en santé** les jeudis de 16h30 à 17h30 à la maison des services publics de Ste Musse :

☐ OUI ☐ NON

Avez-vous des activités physiques que vous souhaiteriez pratiquer autres que celles mentionnées ci-dessus (non incluses dans la cotisation) :

☐ Rugby adapté en santé (Rugby à la touche)

☐ Autre activité que vous ne voyez pas apparaître mais que vous souhaiteriez pratiquer, précisez-la ici : _____

Cadre réservé à l'administration

Date d'inscription (après vérification du dossier complet) :/...../.....

Certificat Médical, en date du/...../.....

Paiement Adhésion + Cotisations :

☐ Un ou plusieurs chèque(s) (maximum 3 chèques) :

Chèque n°.....

Mois d'encaissement :

Chèque n°.....

Mois d'encaissement :

Chèque n°.....

Mois d'encaissement :

☐ Espèces

Facture fournie le/...../.....

☐ par mail

☐ par courrier