



**LIVRET DU**

**PARTICIPANT**

**REMISE EN  
SPORT**



**LIVRET À APPORTER À  
CHAQUE SÉANCE**



Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_



**Votre contact à la MSS**

.....

**Votre contact dans un club sportif**

.....

# LA MAISON SPORT SANTÉ

## S'ENGAGE

à vous accompagner individuellement et soutenir vos efforts pendant 4 à 6 mois :

- en vous orientant vers une pratique physique ou sportive adaptée à votre situation (après une séance test)
- en respectant la confidentialité de vos données personnelles
- en mettant à votre disposition un numéro de contact 5j/7

### RESPECT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies concernant le/la participant(e) sont strictement destinées au bon accompagnement dans le cadre du parcours Remise en sport. Elles sont susceptibles d'être partagées entre les différents acteurs de votre parcours et permettent d'établir des statistiques anonymisées.

La durée de conservation des données est de 1 an à compter de la sortie du dispositif.

Le/la participant·e dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation du traitement de ses données.

Il/elle peut retirer son consentement en s'adressant à son/sa référent·e, au 07 49 80 11 12 ou par mail à [mssflorimont@assoflorimont.fr](mailto:mssflorimont@assoflorimont.fr)

Vous acceptez le partage d'informations dans le respect du secret professionnel.



# ET VOUS ?

(cocher les cases correspondantes, datez et signez)

- Votre médecin vous a orienté vers la MSS pour pratiquer une activité physique adaptée
- ou
- Vous êtes venu(e) de vous-même faire un bilan et trouver l'activité physique ou sportive qui vous conviendra

Pour bénéficier des bienfaits du programme vous vous engagez à :

- Vous acquitter des frais d'inscription auprès de l'association porteuse de l'activité physique sélectionnée
- Être présent(e) aux rendez-vous fixés et aux séances d'activités
- Prévenir au plus tôt en cas d'absence à une séance
- Vous comporter avec respect avec les interlocuteurs du parcours



**Vous acceptez de recevoir la lettre d'information trimestrielle de la MSS Florimont**

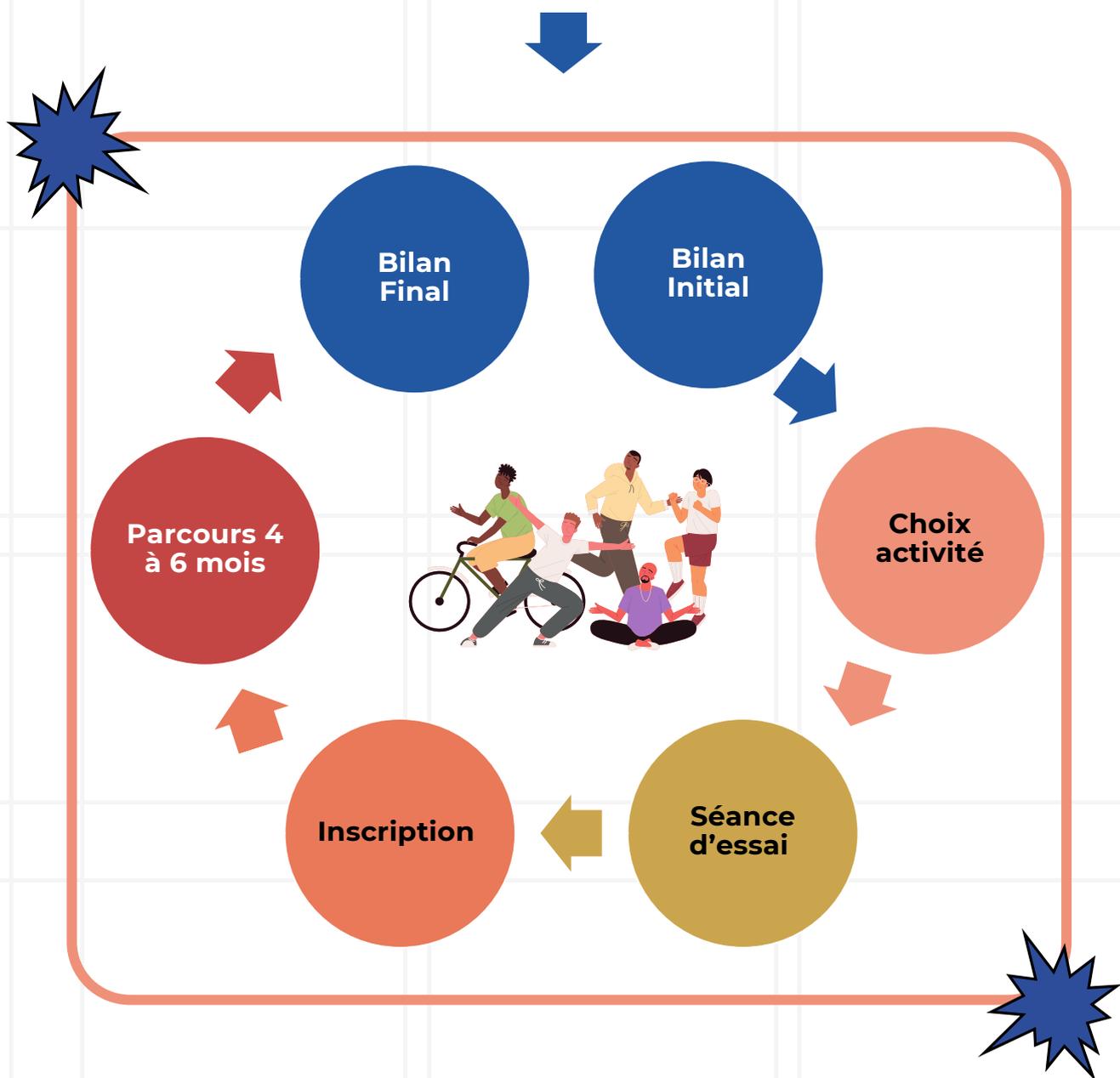
Date et signature





# LES ÉTAPES DU PARCOURS

Prise de rendez-vous

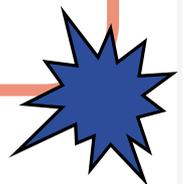
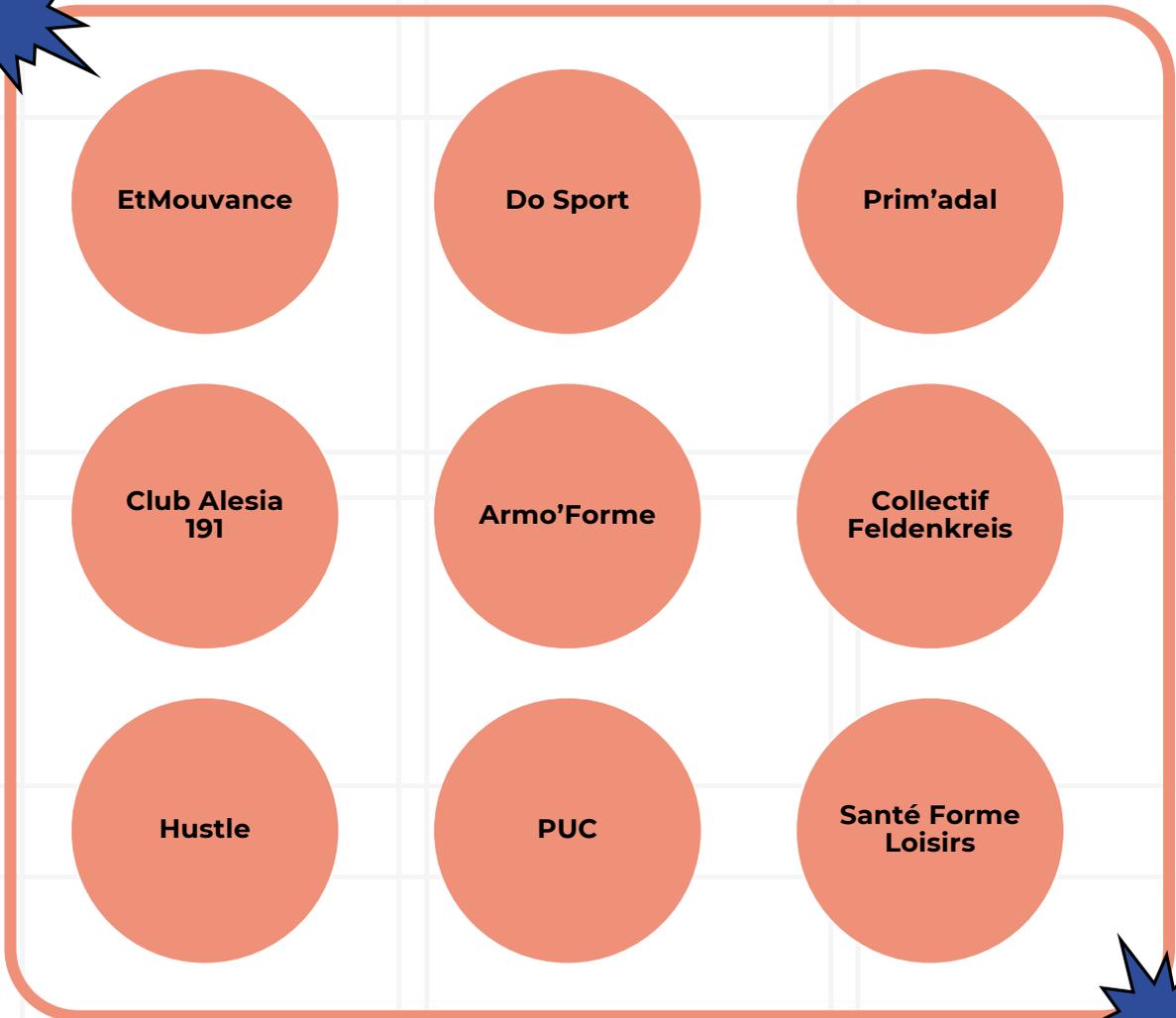
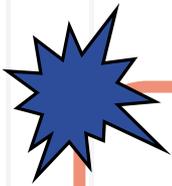




# LES PARTENAIRES SPORTIFS



Nos principaux partenaires





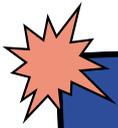
# BILANS & ACTIVITÉS

## MES RENDEZ-VOUS

Rendez-vous	Date	Lieu
Bilan physique et motivationnel de début de parcours		MSS Florimont
Séance d'essai		
Inscription à l'activité		
Bilan physique et motivationnel de fin de parcours		MSS Florimont

## MON ACTIVITÉ

Activité	Jour	Horaire	Lieu



# MES BILANS

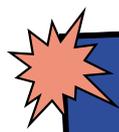


Score Bilan début de parcours (Mettre une croix dans le niveau atteint)	Force musculaire des bras	Force musculaire des jambes	Souplesse jambes /dos	Souplesse des bras	Agilité/équilibre dynamique	Endurance cardio	Équilibre statique
Inférieur à la moyenne							
Dans la moyenne							
Supérieur à la moyenne							



Score Bilan fin de parcours (Mettre une croix dans le niveau atteint)	Force musculaire des bras	Force musculaire des jambes	Souplesse jambes /dos	Souplesse des bras	Agilité/équilibre dynamique	Endurance cardio	Équilibre statique
Inférieur à la moyenne							
Dans la moyenne							
Supérieur à la moyenne							



# AUTO ÉVALUATION DES SÉANCES



Reporter le chiffre correspondant à votre ressenti de chaque séance

1	2	3	4
Très facile	Facile	Difficile	Très difficile
			

DATE





# AUTO ÉVALUATION DES SÉANCES

Reporter le chiffre correspondant à votre ressenti après chaque séance

1	2	3	4
Très facile	Facile	Difficile	Très difficile
			

DATE



REMISE EN SPORT



**VOS COMMENTAIRES**

&

**RECOMMANDATIONS**



**SUR L'ACCOMPAGNEMENT**

Empty orange rectangular box for comments and recommendations.

**SUR LES ACTIVITÉS**

Empty orange rectangular box for comments and recommendations.



**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION**



REMISE EN SPORT



# REMISE EN SPORT

L'association Florimont est habilitée Maison Sport Santé depuis 2022. Cette habilitation a été reconduite pour 5 ans par l'arrêté n° 2023- 358 Elle met en œuvre le dispositif Remise en sport en partenariat avec la CPTS 14



## Contacts

[mssflorimont@assoflorimont.fr](mailto:mssflorimont@assoflorimont.fr)

07 49 80 11 12

<https://assoflorimont.fr/sport-sante/>