



COMMENT REMPLIR MON DOSSIER ?

1: Faire remplir et signer l'ordonnance par votre Médecin généraliste ou spécialiste

2: Compléter fiche bénéficiaire, informations et consentement, droit à l'image

3: Renvoyer l'ensemble des documents mentionnés ci-dessus à :

coordinateur@mosellemouv.fr

ou

au 2 rue de la Plénière 57420 VERNY

4: La coordination Moselle Mouv' vous recontacte par mail ou téléphone 24h/48h max après réception des documents afin de vous expliquer la suite de la procédure.

5: Vous commencez vos séances Moselle Mouv' , de l'activité physique adaptée, des sourires et du plaisir !





Fiche bénéficiaire :

Nom, Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

E-Mail :

Personne de contact (Nom, Prénom et téléphone) :



Informations médicales :

Taille :

Poids :

IMC :

ALD :

Trouble(s) autres :

Médecin traitant :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :



Couverture sociale :

Aide sociale :

Mutuelle :

N° Adhérent (mutuelle) :



Information & Consentement :

Les recommandations internationales préconisent à ce jour en complément des traitements ou actes médicaux pour les patients souffrant d’Affection de Longue Durée ou d’obésité de pratiquer une activité physique régulière et relativement intensive.

Pour vous permettre de suivre ces recommandations votre médecin vous a délivré une ordonnance afin de bénéficier d’une prise en charge Moselle Mouv’ d’activités physiques adaptées à votre état de santé. Si vous décidez d’intégrer ce programme d’activité physique adaptée, vous bénéficierez des prestations Moselle Mouv’ dont :

- Informations des effets de l’activité physique sur la santé et des objectifs de pratique d’activités en autonomie.
- Évaluation de votre condition physique et votre niveau de sédentarité par 3 check mouv’ (initial, intermédiaire, final) répartis sur votre programme personnel d’APA.
- Orientation vers un parcours adapté à votre état de santé actuel.
- Conseils de professionnels diplômés, formés et labellisés MOSELLE MOUV’ : assurer les échanges réguliers avec votre médecin prescripteur.

À l’issue de ce bilan initial individuel, vous recevrez des préconisations pour un suivi de cours collectifs selon les modalités suivantes :

- Durée du programme Moselle Mouv’ : 20 séances au maximum sur 16 semaines
- Durée de la séance : 1 heure
- Effectifs des cours : 6 personnes maximum
- Lieu : lieu d’exercice habituel du professionnel concerné adhérent (MK, E-APA, Éducateur sportif)
- L’adhésion à une association mosellane labellisée Moselle Mouv’ Santé Sport pour Tous vous sera proposée à l’issue de la prise en charge.

Votre parcours est libre et en partie pris en charge :

- Vos bilans (Check Mouv’), parcours, et adhésions à une association mosellane labellisée Moselle Mouv’ santé sont pris en charge au moins en partie par les partenaires de l’association Moselle Mouv’. Une participation financière à hauteur de 2€ par séance vous sera demandée.
- Vous êtes libre d’abandonner votre prise en charge à tout moment sans contrepartie. Il vous est juste demandé de prévenir le professionnel « accompagnant » concerné en cas d’absence à un rendez-vous ou de l’arrêt du programme.
- Sauf à ce que vous y opposiez, votre médecin prescripteur sera régulièrement informé du contenu et du déroulement de votre parcours. Ces données après anonymisation pourront également faire l’objet d’études statistiques à des fins évaluatives médicospportives Moselle Mouv’ et ne seront jamais transmises à des partenaires ou à utilisées à des fins commerciales.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations MOSELLE MOUV’

Fait à le/...../.....

Signature :





Droit à l'image :

Projet d'autorisation d'exploiter l'image d'une personne photographiée

L'exploitation de l'image d'une personne est subordonnée à son autorisation sauf dans des cas spécifiques.

Je soussigné(e)

Demeurant

Téléphone

Consens à être photographié(e) le .../.../..... par Moselle Mouv, dans le cadre de la communication sur l'association Moselle Mouv'.

et autorise Moselle mouv à reproduire et à diffuser, directement ou par l'intermédiaire de tiers, à titre non exclusif et pour le monde entier, les photographies me représentant ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, sous toute forme et sur tous supports y compris dans le cadre d'exploitations commerciales.

Le droit d'exploiter les photographies me représentant comprend notamment¹ :

- Documents de communication physique ou numérique (brochures, cartes de visite, papier à en-tête, affiches, kakémonos, site Internet, réseaux sociaux, bannières...)
- Édition numérique (cd-rom, dvd, cd photo, vidéodisque...)
- Articles de presse (magazines, quotidiens et périodiques accrédités par la commission paritaire)
- Annonce presse (insertion publicitaire dans la presse)
- Internet (ordinateurs fixes et portables, smartphones, tablettes...)

Les utilisations de mon image ne devront en aucune façon porter atteinte à ma vie privée, et plus généralement me nuire ou me causer un quelconque préjudice.

Je reconnais par ailleurs que je ne suis lié(e) à aucun contrat exclusif sur l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Cette autorisation de l'utilisation de mon image à une validité de 2 ans à compter de sa signature et est consentie à titre gracieux.

Fait à

le

Signature

l'intéressé(e)



Je soussigné(e) Docteur :

Prescrit une activité physique et/ou sportive adaptée à ajuster en fonction de l'évolution des aptitudes du patient :

Nom ;

Prénom :

Préconisations d'activités et recommandations si nécessaire :

Document remis au patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu et date : le/...../.....

Signature et cachet professionnel :

