**Demande de prise en charge dans le cadre du parcours ETP POIPLUME**

Enfant …………………………………………………………………………………………………………………………………, né(e) le ……………………………

Coordonnées des parents :

* **A ce jour :** poids taille IMC
* **Antécédents de l’enfant**

Poids et taille à la naissance ( SA) Evolution:

Age du rebond : précoce □ non □ oui

Facteur ayant déclenché la prise de poids ? □ non □ oui, lequel :

..............................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................

Autres problèmes de santé :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..............................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................

* **Difficultés psychosociales ? □ non □ oui,** lesquelles

..............................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................................................................. Prises en charge antérieures

..............................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................

* **Antécédents familiaux d’obésité:**

 □ Père □ Mère □ Grands parents paternels □ Grands parents maternels

* **Commentaires :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

A............................................... le ……………………………….

Signature

 Merci de joindre le certificat d’aptitude à la pratique d’une activité physique adaptée

CERTIFICAT MEDICAL D’INDICATION A LA PRATIQUE DES

ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES

Je soussigné(e), Docteur ………………………………………………………., certifie que l’état de santé de

Nom : ………………………………….. Prénom : ……………………………………… né(e) le …../…../……….

est compatible avec la pratique d’Activités Physiques Adaptées, proposée dans le cadre du parcours d’ETP POIPLUME.

Je l’autorise en conséquence à pratiquer :

 Activités physiques et sportives progressives et régulières,

 En évitant :…………………………………………………………………………………

 Précautions particulières : appareil locomoteur, cardiovasculaire, respiratoire, neurosensoriel (vision, audition, équilibre). Contre-indications. Activités sportives déconseillées.

Fait à ………………………………………………………….le ………………………………………………………………… Cachet du Médecin – signature :