



FORMATION : ACTIVITE PHYSIQUE et DIABETE

Le CDOS de la Haute-Vienne organise des actions de perfectionnement pour les éducateurs sportifs afin d'assurer un accueil de qualité des personnes souhaitant pratiquer un sport sur prescription médicale.

Les formations seront dispensées à des groupes de maximum 15 stagiaires. Il existe **un prérequis** pour participer à cette formation : **être titulaire d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme d'état d'éducateur sportif.**

A - OBJECTIFS

- Acquérir des connaissances complémentaires pour adapter l'accueil et les séances pédagogiques aux personnes diabétiques

B - PROGRAMME

QUE SAVOIR DU DIABETE – 3 HEURES

- **Présentation de la pathologie**
 - Problématique des pieds du diabétique
Pr. ARCHAMBEAUD
- **Intérêt de l'activité physique sur le diabète**
Dr FOURCADE

MISSIONS DES RESEAUX D'EDUCATION THERAPEUTIQUE ET DE SPORT SANTE – 1 HEURE

- **Missions d'ETAP Diablim**
Dr Sophie FOURCADE et Mme TERRENES (infirmière)
- **Missions de Limousin Sport Santé**
Pr Patrice VIROT
- **Liens entre ETAP Diablim et Limousin Sport Santé**
Pr Patrice VIROT

COMMENT ADAPTER UNE SEANCE D'ACTIVITE PHYSIQUE AUX PERSONNES DIABETIQUES – 2 HEURES

- **Animation pédagogique**
Mme L. JACCARD (éducatrice sportive) – Mme LAZERAS (infirmière)
 - Comment reconnaître une hypoglycémie
 - Le dextro

D - ORGANISATION

Séminaire de 6 heures – le vendredi 13 décembre 2019 de 9h à 12 h et de 13 h 30 à 16h30 à LIMOGES (87) : CHEOPS 55 Rue de l'Ancienne École Normale d'Instituteurs.

Le coût est de 120 euros par personne (repas inclus). Pour les salariés, possibilité de prise en charge par l'AFDAS (merci de contacter le CDOS 87 avant toute démarche)

Inscription obligatoire auprès du CDOS avant le 18 novembre 2019



BULLETIN D'INSCRIPTION – FORMATION

CDOS 87

FORMATIONS SPORT SANTÉ

COORDONNÉES DU PARTICIPANT

- Nom :
- Prénom :
- N° Sécurité sociale : _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
- Adresse :
- Date de naissance : _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
- Téléphone : _ | _ | - _ | _ | - _ | _ | - _ | _ | - _ | _ |
- Mail :@.....

ASSOCIATION OU STRUCTURE

- Nom de la structure :
- N° SIRET : _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
- Téléphone : _ | _ | - _ | _ | - _ | _ | - _ | _ | - _ | _ |
- N° AFDAS (*uniquement pour les structures employeuses*) : _ | _ | _ | _ | _ | _ |

CHOIX DE LA FORMATION

Je souhaite m'inscrire :

- à la formation Éducateur sport sur prescription médicale
- à la formation Complémentaire sport sur prescription médicale

qui aura lieu du au

En tant que :

- bénévole de mon association
- salarié(e) de mon association
- Fonction :
- Type de contrat : CDD CDI

Tranche d'âge :

- 18-25 ans
- 26-64 ans
- 65 ans et +

Titulaire du diplôme (*merci de joindre la photocopie de chaque diplôme*) :

- d'État :
- Fédéral :
- CQP :
- Autre diplôme :

Date d'obtention :

.....

.....

.....

.....

Votre inscription ne sera validée qu'après étude de votre dossier par le CDOS 87. Vous recevrez une confirmation d'inscription par mail