



Prestation Sport - Santé

Cette prestation financière (à hauteur de 75 € par an MAXIMUM) est à destination des assurés de la Caisse de Prévoyance Sociale de plus de 18 ans en Affection Longue Durée (ALD) et/ou ayant un IMC ≥ 30 kg/m².

Pièces justificatives à joindre impérativement à la demande

- Copie de la carte d'assuré social de la Caisse de Prévoyance Sociale
- Facture(s) acquittée(s) signée(s) par l'éducateur sportif formé au sport-santé et ayant dispensé l'activité physique
- Le Relevé d'Identité Bancaire de l'assuré bénéficiant de la présentation
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'une activité physique sport – santé (datant de moins d'un an)

DEMANDEUR

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
- N° d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- Adresse : _____
- Code postal : _____ BP : _____ Commune : _____
- Coordonnées téléphoniques : Fixe : _____ Mobile : _____
- Adresse mail : _____

Pour bénéficier de cette prestation financière, l'activité physique doit être dispensée par un éducateur sportif référencé à la DCSTEP (détenteur de sa carte professionnelle à jour) et formé au sport - santé (formation reconnue).

→ Une vérification systématique sera faite par notre service auprès des organismes compétents

SIGNATURE DU DEMANDEUR

Fait à _____ Le _____ Signature

Ce formulaire complété et signé est à déposer à l'accueil de la Caisse de Prévoyance Sociale accompagné des pièces justificatives listées ci-dessus.