
Ecole du sport 37

DOSSIER D'INSCRIPTION

**Faire découvrir le handisport aux enfants en situation de
handicap**



Saison Sportive 2022-2023

Renseignements généraux

Nom de l'enfant		Prénom	
Date de naissance	Sexe	<input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M
Taille de tee-shirt :			
Adresse.....			
.....			
.....			
Téléphone fixe		Téléphone portable	
E-mail.....			

Habitation – Entourage :

- Chez ses parents en ½ pension en pension en centre
 autres

Personne à contacter en cas d'accident	
Téléphone domicile	Téléphone travail
Portables	
Lien de parenté avec l'enfant	

Nature du handicap de votre enfant (description précise obligatoire)

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

Renseignements médicaux et chirurgicaux

Antécédents médicaux (épilepsie, maladie ...) :

.....

.....

Prend-il un traitement ? OUI NON

Cardiaque pulmonaire diabétique rénal
 épileptique autres : (précisez)

Antécédents chirurgicaux (opération, prothèses ...) ? OUI NON

Si OUI, lesquelles :

.....

.....

Est-il allergique ? OUI NON

Allergie alimentaire.....

Allergie médicamenteuse.....

Allergie respiratoire.....

Autre (précisez)

Vaccination :

Date du dernier DT Polio :

Vaccination Hépatite A (facultative) :

Vaccination Hépatite B (facultative) :

Groupe sanguin :

Habitude de vie

Alimentaire :

o Régime particulier (précisez) :

o Restrictions hydriques (précisez la quantité) :

o Rien

Elimination :

Urinaire

o Naturelle

o Sondage

o Autosondation

o Percussion

o Autres :

Fécale

o Naturelle

o Massage abdominal

o Autre :

Mobilité, matériel et mode de déplacement :

o Fauteuil électrique

o Fauteuil manuel avec possibilité de se mettre debout

o Fauteuil manuel sans possibilité de se mettre debout

o Marche avec une canne

o Marche avec deux cannes

o Marche avec déambulateur

o Marche sans aide

Equipement utilisé (prothèse, orthèse, sonde ..) :

.....
.....

Soins paramédicaux en cours (kinésithérapie, infirmiers, psychomotricité ...) :

Prévention et risques :

A-t-il des problèmes de frottements et d'appuis ? OUI NON

Si OUI, lesquels

Organes sensoriels :

A-t-il des problèmes de sensibilité ? OUI NON

Si OUI, lesquels

Est-il :

- Non-voyant Astigmatisme
- Malvoyant Presbyte
- Amblyope Autre :
- Myope

Porte-t-il : des lunettes des lentilles autres rien

Porte-t-il une prothèse auditive : OUI NON

Si OUI, est-elle : externe interne type

Porte-t-il des diabolos ? OUI NON

Porte-t-il des valves ? OUI NON

Relation et communication :

A-t-il des problèmes d'élocution ? OUI NON

Utilise-t-il un langage coté ? OUI NON

Si OUI, lequel :

Situation scolaire :

Etablissement fréquenté

Niveau scolaire

Suivi par un établissement médico-social ? Si OUI, lequel ?

.....

Ses loisirs :

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Lecture | <input type="checkbox"/> Jeux informatiques |
| <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Jeux de société |
| <input type="checkbox"/> Dessin | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Jeux vidéo | |

En remplissant ce document, j'atteste avoir pris connaissance des conditions d'inscription.

Pour tous renseignements complémentaires, contactez nous
02 47 29 11 25 ou 07 80 90 40 41
ambre.amedee@comite-handisport37.fr

Autorisation de soins médicaux et autorisation d'opérer

Je soussigné(e),

Père – mère – tuteur, demeurant

Autorise tout acte médical et chirurgical et toute anesthésie que pourrait rendre indispensable l'état de santé de l'enfant

Date :/...../.....

Signature

Envoyer l'ensemble du dossier à l'adresse suivante :

Comité Départemental Handisport 37

2 place Pilorget,

37100 Tours