

Ecole du Sport 37

DOSSIER D'INSCRIPTION



Saison Sportive 2020-2021

Renseignements généraux

Nom de l'enfant		Prénom	
Date de naissance	Sexe	<input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M
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
 Epileptique 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 ? o OUI o 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 SESSAD. Si OUI, lequel ?
.....

Ses loisirs :

- Lecture Jeux informatique
- Télévision Jeux de société
- Dessin Autre :
- 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 06 50 89 15 07
comitehandisportcentre@gmail.com

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
Maison des Sports de Touraine
Rue de l'Aviation
37210 Parçay-Meslay