***École du Sport 37***

**DOSSIER**

**D’INSCRIPTION**

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

****

Saison Sportive 2024-2025

1. **RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

Nom de l’enfant : .........................................................................................................................

Prénom : .......................................................................................................................................

Date de naissance : .......................................................................................................................

Sexe ☐ F ☐ M

Taille de tee-shirt : .......................................................................................................................

Adresse : .......................................................................................................................................

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

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

Téléphone fixe : ...........................................................................................................................

Téléphone portable : .....................................................................................................................

E-mail : .........................................................................................................................................

**Personne à prévenir en cas d’urgence** : ....................................................................................

Téléphone domicile : ....................................................................................................................

Téléphone travail : .......................................................................................................................

Téléphone portable : .....................................................................................................................

Lien de parenté avec l’enfant : .....................................................................................................

**Nature du handicap de votre enfant** (description précise)

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

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

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

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

1. **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX**

**Informations importantes à connaitre (épilepsie, maladie, traitement, …) :**

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

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

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

**Est-il allergique ?** ☐ OUI ☐ NON

*Si oui, précisez :*

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

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

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

**Vaccination :**

*Est-ce que les vaccins obligatoires sont à jour ?*☐ OUI ☐ NON

1. **HABITUDE DE VIE**

**Mobilité, matériel et mode de déplacement :**

☐ Fauteuil électrique

☐ Fauteuil manuel avec possibilité de se mettre debout

☐ Fauteuil manuel sans possibilité de se mettre debout

☐ Marche avec une canne

☐ Marche avec deux cannes

☐ Marche avec déambulateur

☐ Marche sans aide

*Équipement utilisé (prothèse, orthèse, sonde...) :*

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

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

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

**Prévention et risques :**

*A-t-il des problèmes de frottements et d’appuis lié au matériel ?*☐ OUI ☐ NON

Si OUI, lesquels :

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

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

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

**Organes sensoriels :**

*Est-il :*

☐ Non-voyant ☐ Astigmate

☐ Malvoyant ☐ Presbyte

☐ Amblyope ☐ Myope

☐ Mal Entendant ☐ Sourd

☐ Autre :

Porte-t-il :

☐ des lunettes ☐ des lentilles ☐ des implants

☐ des appareils ☐ rien ☐ Autre

**Relation et communication :**

*A-t-il des problèmes d’élocution ?* ☐ OUI ☐ NON

*Utilise-t-il un langage coté (langue des signes...)* ☐ OUI ☐ NON

*Si* ***OUI****, lequel :*

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

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

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

**Situation scolaire :**

*Établissement scolaire :*

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

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

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

*Niveau scolaire* : ..........................................................................................................................

*Suivi par un établissement médico-social ?*  ☐ OUI ☐ NON

*Si* ***OUI****, lequel ?*

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

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

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

**Informations RGPD :**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Comité Départemental Handisport d’Indre et Loire pour l’inscription à l’école du sport et pour communiquer les informations relatives à de nouvelles pratiques et/ou évènements. La base légale du traitement est le consentement. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le Comité Départemental Handisport d’Indre et Loire. Les données sont conservées pendant 5 ans sans modification d’information ou nouveau formulaire. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d’informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le Comité Départemental Handisport d’Indre et Loire à la Maison des Sports, Rue de l’Aviation, 37210 PARCAY-MESLAY, sur contact@comite-handisport37.fr ou au 02 47 29 11 25

Je soussigné(e) Madame / Monsieur ............................................................................................

Accepte les conditions RGPD ci-dessus.

Signature :

**Pour tous renseignements complémentaires, contactez-nous**

**02 47 29 11 25 ou 07 77 84 42 65**

**sport@comite-handisport37.fr**

**Envoyer l’ensemble du dossier à l’adresse suivante :**

**Comité Départemental Handisport 37**

**1 rue de l’Aviation**

**37210 PARÇAY-MESLAY**