

Dossier d'inscription

Ecole Du Sport 37



EDS37

Découvrir le handisport

1. Compléter le document de renseignement du dossier d'inscription (3 pages)
2. Remplir le document de création d'une licence loisir et compléter l'adhésion à l'assurance obligatoire.
3. Joindre le certificat médical dument complété et signé par le médecin de l'enfant.

Envoyer l'ensemble du dossier à
l'adresse suivante :
Comité Départementale Handisport 37
Maison des Sports de Touraine
Rue de l'Aviation
37210 PARCAY MESLAY

Renseignements généraux

Nom de l'enfant Prénom.....
Date de naissance Sexe F M
Adresse
.....
Tel fixe Portable
E-mail

Habitation - Entourage :

chez ses parents en ½ pension en pension en centre Autre

Personne à contacter en cas d'accident

Tel Domicile Tel 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
 Autre:.....(Précisez)

Antécédents chirurgicaux (opérations, 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 :

.....

Habitudes de vie

Alimentaires :

- Régime particulier (précisez)
- Restrictions hydriques (précisez la quantité)
- Rien

Elimination :

Urinaire

- Naturelle
- Sondage
- Autosondage
- Percussion
- Autre :.....

Fécale

- Naturelle
- Massage abdominal
- Autre :.....

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

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

.....

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

.....

Prévention et Risques :

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

Si oui, lesquels :

Organes des sens :

A t'il des problèmes de sensibilité ? OUI NON

Si oui, lesquels :

Est-il :

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non-voyant | <input type="checkbox"/> Astigmatisme |
| <input type="checkbox"/> Malvoyant | <input type="checkbox"/> Presbyte |
| <input type="checkbox"/> Amblyope | <input type="checkbox"/> Autre :..... |
| <input type="checkbox"/> Myope | |

Porte t'il des lunettes des lentilles Autre 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 codé ? OUI NON
Si oui, lequel :

Situation scolaire :

Etablissement fréquenté

Niveau scolaire :

Suivi par un SESSAD. Si oui, lequel ?

Ses loisirs :

- Lecture
- Télévision
- Dessin
- Jeux Vidéo
- Jeux Informatique
- Jeux de Société
- Autre

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
cd37@handisport.org

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