



Dossier d'inscription Handi'Enfants 2020/2021

PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION

- Le dossier d'inscription entièrement rempli ([description du handicap, les allergies...](#)
[Ces informations sont importantes pour la sécurité des enfants et le bon déroulement des activités physique](#))
- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive des **activités handisport** et à la pratique de la **natation** (attention ! bien faire stipuler les deux types d'activités sur le certificat),
- La photocopie recto-verso de la carte d'invalidité ou de la notification de décision d'Allocation d'Education Spéciale,
- L'autorisation d'images,
- La cotisation de **160 €** (adhésion + licence sportive) : chèque à l'ordre du Comité du Rhône Handisport (possibilité de payer en 3 fois – Les 3 chèques sont donnés au début de la saison en adossant les dates d'encaissement qui vous arrangent).

Attention : pensez à inscrire votre enfant au service OPTIBUS si vous avez besoin d'un transport adapté au **04-37-25-24-24**

Le calendrier sera envoyé en septembre

Camille Kramer



Dossier
Inscription
2020-2021

Handi Enfants (4 à 12 ans)

Et

Handi Ado (13 à 18 ans)

Quelques Renseignements

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance : Sexe : F M

Mon enfant est : Handi'Enfants (4-11 ans) Handi 'Ados (12-18 ans)

Adresse :
.....

Tel : 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 :

Situation scolaire :

Etablissement fréquenté :

Adresse : tél :

Classe/groupe de référence :

Si l'enfant est accompagné par un SESSAD, Nom et coordonnées du SESSAD :

.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

Nature du Handicap de votre enfant:
 (Description précise obligatoire)

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 :

.....

Ses habitudes de vie :

- Alimentaires :

- Régime :.....
 Restrictions hydriques. Si oui, quantité :.....
 Rien

- Elimination :

Urinaire

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

Fécale

- Naturelle
 Massage abdominal
 Autre :.....

- Mobilité et matériel, 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...)

- Sommeil - Repos :

- Se repose-t-il dans la journée ? OUI NON
- A t'il des difficultés, la nuit ? OUI NON
- Si oui : Agitations (Problèmes d'endormissement)
- Insomnies
- Autre :.....

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 :** Non-voyant Astigmatisme
- Malvoyant Presbyte
- Amblyopie Autre :.....
- 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 - Communication :

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

- Utilise-t-il un langage codé ? OUI NON

- Si oui, lequel :

- Son caractère :** Timide
- Anxieux
- Sociable

- Solitaire
- Autre :.....

- Ses loisirs :**
- Lecture
 - Télévision
 - Dessin
 - Jeux Vidéo
 - Jeux Informatique
 - Jeux de Société
 - Autre :.....
-

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

-

**Merci de nous joindre la copie recto-verso
de la carte d'invalidité de votre enfant**

Transports

**Pour l'année 2020-2021 pensez bien à réserver votre transport.
Les enfants devront être conduits à Handi'enfants par différents
services (Optibus, taxi ou autre...) ou bien par les parents.**



AUTORISATION D'IMAGES 2020/2021

Je soussigné(e).....*père – mère – tuteur
de l'enfant..... déclare par la présente donner mon accord
au Comité du Rhône Handisport pour que *mon fils – ma fille soit photographié(e), filmé(e) à
visage découvert lors des activités Handisport.

Le Comité du Rhône Handisport pourra se servir de ces photographies et/ou films pour tous
documents ayant pour but la promotion du Handisport (dossiers de subvention ; Affichage sur
les Stands ; Information dans les écoles, collèges et lycées ; Téléthon ; Site Internet ; etc).

J'autorise le Comité du Rhône Handisport à diffuser ces photographies et/ou films sans
limitation de durée.

Fait à Le

**Signature

* rayer la mention inutile.

** Ajouter la mention manuscrite "Lu et approuvé – Bon pour accord"