

## Formulaire d'inscription pour les membres des clubs sportifs

Club sportif: .....

Ces informations permettent au club sportif d'adapter l'organisation des cours aux sportifs. Des informations correctes et complètes sont des conditions pour assurer un accompagnement et un suivi de qualité.

**Nous vous recommandons de demander à votre médecin de famille de compléter et/ou de confirmer les informations suivantes.**

La décision concernant la nécessité d'un examen médical revient aux sportifs, ou à leur représentant légal. Le club sportif décline toute responsabilité quant aux conséquences d'informations insuffisantes. **Toute modification qui pourrait avoir des implications sur le cours, doit être communiquée immédiatement au club sportif ou aux moniteurs.**

En signant ce document, le sportif ou son représentant légal accepte que le formulaire soit transmis aux moniteurs du club. Les informations seront traitées de manière confidentielle. La déclaration de protection des données du club sportif s'applique.

### Le sportif

Nom: ..... Prénom: .....

### Données personnelles

Sexe:  masculin  féminin

(Institution ou accompagnant): .....

Rue: .....

Case postale / Localité: .....

Date de naissance: ..... E-Mail: .....

Tél. privé: ..... Mobile: .....

Tél. prof.: ..... Tél. institution: .....

Assurance accidents: .....

### Handicap (plusieurs handicaps peuvent être indiqués)

avec handicap  sans handicap

**Autisme:**  léger  moyen  sévère

**Handicap mental:**  léger  moyen  sévère  Trisomie 21

retard d'apprentissage  autre: .....

**Handicap auditif:**  surdité  audition résiduelle .....%  appareil auditif

→ forme de communication possible: .....

**Handicap physique:**  IMC  hémiplégié  diplégie  
 spastique  
 en fauteuil roulant  paralysie  tétraplégie  paraplégie  
 en fauteuil roulant électrique  polio  spina bifida  SEP

arthrose

anomalies, où ? .....  amputation, où? .....

**Handicap psychique:**  lequel? .....

**Handicap visuel:**  aveugle  vision résiduelle ..... %

→ Type de handicap visuel: .....

**Trouble du langage:**  lequel? .....

**Trouble de la dépendance:**  lequel? .....

### Maladies

### Médicaments

**Allergies** laquelle? .....  oui  non

**Asthme**  léger  sévère  oui  non

**Diabète** Insuline:  oui  no  oui  non

à quelle fréquence? .....

Glucose:  oui  non

à quelle fréquence? .....

**Épilepsie**  oui  non

Facteurs déclencheurs/fréquence/durée: .....

**Déficience/maladie cardiaque**  oui  non

laquelle? .....

**Problème orthopédique**  oui  non

lequel? .....

Partie du corps: .....

Anomalies, où? .....

Arthrose: .....

**Trouble de la perception:**  oui  non

lequel? .....

**Autres maladies**  oui  non

lesquelles? .....

**Contact au cas d'urgence**

Le moniteur responsable peut contacter la personne suivante en cas d'urgence pendant le cours :

Nom: ..... Prénom: .....

Tél.: ..... Mobile: .....

Remarques:.....

**Activités sportives réalisables**

- Nager sous l'eau     Plonger la tête la première     Mouvements d'arrêt/départ
- Roulade     Sauter (p. ex. trampoline)     Mouvements rotatifs/de balançoire

Disciplines et activités sportives recommandées: .....

Disciplines/activités sportives qui doivent impérativement être évitées: .....

Précautions nécessaires: .....

Médicaments en cas d'urgence: .....

Distribution par le moniteur responsable autorisé:     oui     non

Comportement à adopter en cas d'urgence: .....

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

Le médecin de famille recommande au sportif des examens médicaux réguliers

- oui     non

Si oui, à quelle fréquence:.....

Autres informations et remarques du médecin:.....

Nom et numéro de téléphone du médecin en cas de questions: .....

J'accepte que les photos et vidéos prises dans lesquelles j'apparais puisse être publiées à des fins officielles par le club (p. ex. site Internet, magazine du club).

Ville/date: .....

Signature/cachet du médecin: .....

Ville/date: .....

Signature du sportif: .....  
(ou du/de la représentant(e) légal(e))