

Formulaire complémentaires pour les clubs sportifs



Behindertensport Schweiz
Sport Handicap Suisse
Sport Andicap Svizzera

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 en cas de conséquences liées à des informations insuffisantes. Toute modification apportée aux informations suivantes, qui pourrait avoir des implications sur les cours, doit être immédiatement signalée au club sportif ou aux moniteurs et monitrices.

En signant ce document, le sportif ou son/sa représentant/e légal/e accepte que le formulaire soit transmis aux moniteurs et monitrices du club sportif. Les informations seront traitées de manière confidentielle.

Club sportif:

Moniteur/trice sportif/ve:
(Nom/prénom)

Handicap

avec handicap sans handicap

Autisme: léger moyen sévère Syndrome:

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 faut. roul. élect. polio spina bifida SEP
 arthrose anomalies, où ?

Handicap psychique: lequel?

Handicap visuel: aveugle vision résiduelle %
→ Type de handicap visuel:

Trouble du langage: lequel?

Trouble de la dépendance: lequel?

Maladies

- Allergies** laquelle?
- Asthme** léger sévère
- Diabète** Insuline: oui non à quelle fréquence?
- Épilepsie** Facteurs déclencheurs/fréquence/durée:
-
- Déficience/maladie cardiaque** laquelle?
- Problème orthopédique** lequel?
- Partie du corps:
- Anomalies, où?
- Arthrose:
- Trouble de la perception:** lequel?
- Autres maladies** laquelle?

Médicaments

- oui non

Activités sportives

- Plongée possible Plongeon tête la première possible Mouvements d'arrêt/départ possibles
- Patinage possible Sauts possibles (p. ex. trampoline) Mouvements rotatifs/de balançoire possibles

Disciplines et activités sportives recommandées:

Disciplines/activités sportives qui doivent impérativement être évitées:

Précautions nécessaires:

Médicaments en cas d'urgence:

Comportement à adopter en cas d'urgence:

Le médecin de famille recommande au/à la sportif/ve 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:

Ville/date: Signature/cachet du médecin:

Ville/date: Signature du sportif:

ou du/de la représentant(e) légal(e)