

**Jeux Régionaux de l'Avenir Handisport  
d'Île de France  
12 au 14 mars 2024  
Grigny**

**Fiche de renseignements médicaux**



**A RETOURNER AVANT LE 08 MARS 2024**

**Sous enveloppe fermée sur laquelle sera noté :**

**« CONFIDENTIEL - SECRET MEDICAL ».**

A Nathan GRIMAUULT  
42 rue Louis Lumière  
75020, Paris

---

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

---

L'équipe médicale chargée de l'organisation des prochains « Jeux Régionaux de l'Avenir Handisport d'Île de France » tient à ce que la fiche de renseignements médicaux de base ci-jointe soit remplie par le responsable médical du centre ou du club du jeune sportif.

Pour des raisons de secret médical, chaque fiche médicale devra être retournée au moment des retours d'engagement (**08 mars 2024**) sous enveloppe fermée sur laquelle sera noté « **CONFIDENTIEL – SECRET MEDICAL** ».

---

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

---

Renseignements demandés par l'Equipe Médicale du Comité d'Organisation des 3e Jeux Régionaux de l'Avenir Handisport d'Île de France à Grigny.

## ADMINISTRATIF

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

CLUB : \_\_\_\_\_

CENTRE ou ETABLISSEMENT : \_\_\_\_\_

ACCOMPAGNE PAR :      Parents   
                                 Membre du club   
                                 Membre du centre

## MÉDICAL

NATURE DE LA DEFICIENCE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTECEDENTS MEDICAUX :

De crises d'épilepsie   
De valve de dérivation cérébrale   
D'allergies   
Précisez lesquelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

Présence de prothèse   
Présence d'instrumentation orthopédique   
Autres   
Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**QUALITE DU DEPLACEMENT :**

- Marche sans aide
- Marche avec 1 canne
- Marche avec 2 cannes
- Marche avec déambulateur
- Fauteuil roulant manuel seul
- Fauteuil roulant manuel et cannes
- Fauteuil roulant manuel et déambulateur
- Fauteuil roulant électrique

**RESPIRATEUR EMBARQUE SUR FAUTEUIL :**

**ASSISTANCE RESPIRATOIRE LA NUIT :**

**SONDE URINAIRE A DEMEURE :**

**CATHETER SUS PUBIEN :**

**SONDAGE URINAIRE INTERMITTENT :**

**POCHE DE STOMIE :**

**GARNITURE DE PROTECTION :**

**INJECTIONS A FAIRE CHAQUE JOUR**

Précisez (*Sous-cutanée ou autre*) : \_\_\_\_\_

**TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AUTRES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI VOUS SEMBLERENT PERTINENTS :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du Médecin