**Jeux Régionaux de l’Avenir 2025**

**Fiche de renseignements médicaux**

**A retourner avant le 23 Mars 2025**

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

**« CONFIDENTIEL - SECRET MEDICAL ».**

Au Comité Régional Handisport OccitanieA l’attention de Mr Anthony RIBES

CROS, 7 rue andré citroën

31130 Balma

### **FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

### **MEDICAUX**

L’équipe médicale chargée de l’organisation des prochains « Jeux Régionaux de l’Avenir Handisport » 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 sous enveloppe fermée sur laquelle sera noté « **CONFIDENTIEL – SECRET MEDICAL** ».

Sûr que vous prendrez en considération notre demande, le Comité Régional Handisport Occitanie sollicite votre bienveillance pour permettre à cette organisation médicale d’agir de façon la plus discrète et la plus efficace possible.

### **FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

### **MEDICAUX**

Renseignements demandés par l’Equipe Médicale du Comité d’Organisation des Jeux Régionaux de l’Avenir 2023.

**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 SEMBLENT PERTINENTS** :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fait le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature et cachet du Médecin**