

Grand Prix National des Jeunes
9 au 12 mai 2018
Poitiers (86)

Fiche de renseignements médicaux



A RETOURNER AVANT LE 02 MARS 2018

Sous enveloppe fermée sur laquelle sera noté :

« CONFIDENTIEL - SECRET MEDICAL ».

A la Fédération Française Handisport
Charles HORDENNEAU
42 rue Louis Lumière – 75020 Paris

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'équipe médicale chargée de l'organisation du prochain « Grand Prix National des Jeunes 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 (**02 mars 2018**) sous enveloppe fermée sur laquelle sera noté « **CONFIDENTIEL – SECRET MEDICAL** ».

Sûr que vous prendrez en considération notre demande, le Secteur Jeunes sollicite votre bienveillance pour permettre à cette organisation médicale d'agir de façon la plus discrète et la plus efficace possible.

Christian FEVRIER
Directeur Technique National



Charles HORDENNEAU
Coordination générale et sportive GPNJ



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Renseignements demandés par l'Equipe Médicale du Comité d'Organisation du 11^e Grand Prix National des Jeunes Handisport à Poitiers (86) du 9 au 12 mai 2018.

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 SEMBENT PERTINENTS :

Fait le _____ 2018

Signature et cachet du Médecin