***Hand’e-sport***

**DOSSIER D’INSCRIPTION**

**Faire découvrir le e-sport aux personnes en situation de handicap**



**Saison Sportive 2022-2023**

**Renseignements généraux**

|  |
| --- |
| Nom ……………………………….Prénom …………………………………….  Date de naissance …………………………………………… Sexe o F o M  Adresse……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….  Téléphone fixe ………………………….. Téléphone portable …………………………….  E-mail……………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Personne à contacter en cas d’urgence** ……………………………………………………  Téléphone domicile ………………………..Téléphone travail ……………………………..  Portables …………………………………………………………………………………….  Lien avec la personne ……………………………………………………………….. |

Nature du handicap (description précise obligatoire)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avez-vous une manette de Nintendo Switch adaptée ?

O Oui O Non

**Renseignements médicaux et chirurgicaux**

**Antécédents médicaux (épilepsie, maladie …)** : ……………………………………………

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

**Prenez-vous un traitement ?** o **OUI**  o **NON**

o Cardiaque o pulmonaire o diabétique o rénal

o épileptique o autres : ……………………… (précisez)

**Etes-vous allergique ?**  o **OUI**  o **NON**

o Allergie alimentaire………………………………………………………………………..

o Allergie médicamenteuse…………………………………………………………………..

o Allergie respiratoire………………………………………………………………………..

o Autre (précisez) …………………………………………………………………………….

**Vaccination :**

Date du dernier DT Polio : ……………………………………………………………………

Vaccination Hépatite A (facultative) : ………………………………………………………..

Vaccination Hépatite B (facultative) : ………………………………………………………...

**Groupe sanguin : …………………………………………………………………………….**

**Habitude de vie**

**Mobilité, matériel et mode de déplacement :**

o Fauteuil électrique

o Fauteuil manuel avec possibilité de se mettre debout

o Fauteuil manuel sans possibilité de se mettre debout

o Marche avec une canne

o Marche avec deux cannes

o Marche avec déambulateur

o Marche sans aide

Equipement utilisé (prothèse, orthèse, sonde ..) :……………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

**Relation et communication :**

A-t-il des problèmes d’élocution ? o OUI o NON

Utilise-t-il un langage coté ? o OUI o NON

Si OUI, lequel : …………………………………………………………………………………

**Situation professionnelle :**

Travail : ...……………..………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

Suivi par un établissement médico-social ? Si OUI, lequel ? ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

En remplissant ce document, j’atteste avoir pris connaissance des conditions d’inscription.

|  |
| --- |
| **Pour tous renseignements complémentaires, contactez-nous**  **02 47 29 11 25 ou 07 80 90 40 41**  **ambre.amedee@comite-handisport37.fr** |



**Autorisation de soins médicaux et autorisation d’opérer**

Je soussigné(e), …………………………………………………………………………………

Demeurant ………………………………………………………………..

Autorise tout acte médical et chirurgical et toute anesthésie que pourrait rendu indispensable par mon état de santé ……………………………………………………………………….

**Date : …../……./……. Signature**