

# SÉJOUR DE VACANCES DEMANDE D'INSCRIPTION

(sous réserve des places disponibles et respect des modalités d'inscription)

Catégorie de séjour demandé	Enfance-Jeunesse		Adulte	
	<input type="checkbox"/> Séjour APF Évasion	<input type="checkbox"/> Séjour Inclusion	<input type="checkbox"/> France	<input type="checkbox"/> Étranger
Cadre réservé à APF Evasion (ne rien inscrire dans cette case) IND ..... / RL IND .....				
Séjours enfance jeunesse : animateur référent : .....			<input type="checkbox"/> Dépôt dossier aide financière	

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....  
 Nom de naissance : ..... Date de naissance : ..... Sexe :  M  F  
 Tél. : ..... Portable : .....  
 Mail (obligatoire) : ..... @ .....  
 Je vis :  Seul  En établissement  En famille

Adresse de lieu de vie (s'il s'agit d'un établissement préciser le nom)  
 .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Nom du contact éventuel au sein de l'établissement : .....  
 Tél. : .....

Êtes-vous sous mesure de curatelle :  oui  non tutelle :  oui  non  
 Nom du tuteur, curateur ou organisme de protection .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Tél. : ..... Mail (obligatoire) : ..... @ .....  
 Toute la correspondance relative à l'inscription sera adressée au représentant légal par mail

Adhérent APF France handicap :  oui  non N° d'adhérent : .....

<input type="checkbox"/>	CAF (Caisse d'Allocations Familiales) Personnes mineures	Identifiant = .....	<input type="checkbox"/>	AGOSPAP (Association pour la Gestion des Oeuvres Sociales des Personnels des Administrations Parisiennes)	Identifiant = .....
<input type="checkbox"/>	CGOS (Comité de Gestion des Œuvres Sociales)	.....	<input type="checkbox"/>	SRIAS (Section Régionale Interministérielle d'Action Sociale)	.....

➤ Handicap ou déficience  Moteur  Polyhandicap  Autre (sensoriel, mental, psychique ...) Précisez : .....

➤ Avez-vous déjà participé à un séjour APF Évasion ?  oui  non

Si oui, ANNÉE ..... et LIEU de votre dernier séjour ? .....

## SÉJOUR(S) CHOISI(S) PAR ORDRE DE PRÉFÉRENCE \*

	Code séjour	Nom de séjour	Organisateur	Date	Option transport** (coche obligatoire)
1				..... au .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2				..... au .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3				..... au .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4				..... au .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5				..... au .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

\*Le nombre de places étant limité, nous vous conseillons de faire plusieurs choix de destinations.

Pour les voyages collectifs en train les fauteuils électriques et manuels non pliants ne sont pas systématiquement acceptés

Règlementation européenne, respect des spécifications techniques d'interopérabilité (« S.T.I. »).

\*\* aller-retour au départ de Paris (voir infos catalogue).

souhaite partir avec : Nom : ..... Prénom : .....

Vacancier  Accompagnateur(trice)  Responsable séjour  Nous sommes amis  Nous formons un couple

Veuillez agraffer ici  
**une photo récente**  
et prise en entier

Photo indispensable

## JE VIENDRAI EN SÉJOUR DE VACANCES AVEC

Un fauteuil Manuel si oui, pliant :  oui  non

Un fauteuil Electrique

Mon fauteuil comporte une « coque »  oui  non  
Il est assuré  oui  non

Sans fauteuil roulant

### DIMENSIONS DE MON FAUTEUIL

Données obligatoires pour les personnes choisissant l'option transport

Manuel

Hauteur (sans appui-tête) : .....cm

Largeur (fauteuil plié) : .....cm

Profondeur (sans cale pieds) : .....cm

Poids : .....kg

Électrique

Hauteur (sans appui-tête) : .....cm

Largeur : .....cm

Profondeur : .....cm Poids : .....kg

Batterie démontable  oui  non

Type de Batterie

sèche

humide

## AUTONOMIE DE DÉPLACEMENT :

### Je peux marcher

Seul(e) : pendant : .....

Avec aide, précisez :

Cannes ou béquilles

Déambulateur

Autre : .....

Toute la journée

Je monte et descends seul(e) les escaliers

### J'utilise un fauteuil

Occasionnellement, précisez les conditions d'utilisation

J'ai un appui plantaire (c'est-à-dire un appui pour faire un transfert, du lit au fauteuil par exemple)

En permanence

Je manoeuvre seul(e)

Mon fauteuil manuel à l'intérieur  oui  non

à l'extérieur  oui  non

Mon fauteuil électrique à l'intérieur  oui  non

à l'extérieur  oui  non

## GESTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

	Seul(e)	Aide partielle	Aide totale
• Je me lève et je me couche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Je fais ma toilette (lavabo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Je me douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Je me rase (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Je m'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Je mange :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avec des couverts ordinaires			
<input type="checkbox"/> Uniquement à la cuillère			
<input type="checkbox"/> Avec mes propres couverts	<input type="checkbox"/>		
• Je bois :			
<input type="checkbox"/> Au verre			
<input type="checkbox"/> Avec une pipette ou une paille			
<input type="checkbox"/> Avec mon propre gobelet			

• J'ai besoin d'une aide la nuit  Non  Oui Précisez : .....

Retournement  Changement de position ..... fois par nuit

## COMMUNICATION

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> J'ai l'usage de la parole        | <input type="checkbox"/> Ordinaire<br><input type="checkbox"/> Difficile | <input type="checkbox"/> J'utilise des accessoires de communication<br><input type="checkbox"/> Pictogrammes / Alphabet<br><input type="checkbox"/> Synthèse vocale<br><input type="checkbox"/> Je possède mon propre langage (code) par signes ou onomatopées ..... |
| <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'usage de la parole |  |  |

## CONFORT PERSONNEL

- Je n'ai aucune difficulté pour la miction ou pour aller à la selle  
 J'ai des difficultés pour la miction ou pour aller à la selle

### Mode de miction

#### Quel que soit le mode de miction :

- J'assure seul(e) en toutes circonstances (voyage...)  
 Aide partielle (préparation du matériel ...)  
 Aide importante ou totale (assuré par un tiers)

#### Cependant, des « fuites » peuvent survenir :

- Jamais ou exceptionnellement  Assez fréquemment  
 Tous les jours (ou presque)  
 Protections :  Le jour  La nuit  
 Soins techniques infirmiers (sondage, stomie...)

### Mode de défécation

#### Quel que soit le mode de défécation

- J'assure seul(e)  aide partielle ou dans certains cas  
 Aide importante ou totale

#### Cependant, des « fuites » peuvent survenir :

- Jamais ou exceptionnellement  Assez fréquemment  
 Tous les jours (ou presque)  
 Protections :  Le jour  La nuit  
 Soins techniques infirmiers (lavement, stomie ....)

## ALIMENTATION

### Mode

- Ordinaire  Mixée  Hâchée menu

- Y a-t-il des aliments à éviter à tout prix ?  Non  
 Oui : lesquels ? .....  
 ➔ Pourquoi ? .....

#### Alimentation entérale (sonde)

- Oui\*  Non

\*Si oui joindre le protocole détaillé

NB : il faut venir avec matériel et alimentation

### Précautions

#### Fausse routes

- Oui  Non  
 ➔ Si oui, comment les éviter ? .....

#### Régime alimentaire

- Oui : type : .....  
 Non

## AUTONOMIE RESPIRATOIRE

- Je n'ai aucun problème respiratoire  
 J'ai un traitement (kiné, respirateur ...) en lien avec la respiration : à préciser dans le dossier médical

## PROBLÈMES CUTANÉS (ESCARRES)

- Aucun  
 Risque (surveillance et prévention)  
 Soins infirmiers en cours

## SOINS SUR PRESCRIPTION MEDICALE

#### Kinésithérapie :

Interrompue pendant le séjour?  Oui  Non, fréquence : .....

#### Soins infirmiers :

(hors préparation pilulier) :  Oui  Non, fréquence : .....

#### Traitement médicamenteux :

Oui  Non je gère seul (la prise)  Oui  Non

### Location de matériel \*

- Lit médicalisé avec :  Barrière  Potence  
 Matelas anti-escarre ou de type particulier .....  
 Lève-personne (il est conseillé de venir avec ses propres sangles)  
 Autres .....

### Matériel hors location

Vérifier la présence de ce matériel spécifique sur la page séjour du catalogue

- Chaise percée  Un lit douche

#### J'apporterai sur le lieu de séjour mon propre matériel :

- Pistolet  Bassin  Respirateur  
 Couverts adaptés .....  
 Poche de nutrition (pour alimentation entérale)  
 Gélifiants  Autres .....

\* joindre impérativement une prescription médicale

RYTHME DE VIE	LOISIRS
<input type="checkbox"/> Je peux sortir TOUTE la journée en excursion <input type="checkbox"/> J'ai besoin d'un temps de repos quotidien (sieste), de ..... heure(s).	Je pratique des activités hors de mon lieu de vie pendant l'année <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, de quel type (activités avec la délégation, sorties, balades...) ..... Indiquez vos passe-temps et loisirs favoris (ex : dessin, peinture, lecture, balade...) ..... Je peux nager : <input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> avec une aide <input type="checkbox"/> Avec une bouée

**PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE (personnes joignables pendant le séjour)**

➔ Nom et Prénom ..... Lien de parenté ? .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ..... Tél. : .....

Mail ..... @ .....

➔ Médecin traitant et/ou service spécialisé

➔ Nom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ..... Tél. : .....

## Engagement

Je soussigné(e)\*, (Nom et Prénom) : .....

Pour les mineurs \*\* et majeurs protégés représenté par : .....

En qualité de ..... (père/mère/représentant légal)

déclare avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente incluses dans le catalogue d'APF Evasion France handicap, et y souscrire dans leur intégralité.

**Concernant l'utilisation de l'image**  Autorise  N'autorise pas (coche obligatoire)

APF France handicap à utiliser mon image dans le cadre des activités APF France handicap et être informé(e) que ces films, vidéos et/ou photos sont destinés à illustrer les diverses publications de l'association et consentir à l'utilisation de l'image pour tout usage (publicités, édition, internet APF France handicap) Les légendes jointes à ces photographies, films ou vidéos et les paroles associées au spot télévisé ne devront toutefois pas porter atteinte à ma réputation ou vie privée. Compte tenu de ma volonté de contribuer à la réalisation de l'objet social de l'APF France handicap, la présente autorisation est donnée sans aucune autre contrepartie que de me permettre par son instrument de réaliser cette contribution, et ce pour une durée de vingt ans.

Certifié exact, lu et approuvé,

à ..... le ..... 20 ..... Signature (s) :

\* Nom, prénom, qualité et signature du représentant légal si le demandeur est sous tutelle, curatelle ou mineur. \*\* Pour les mineurs, l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale est requis lorsqu'ils exercent en commun cette autorité.

**PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER**

Liste des documents	Information	Case réservée APF
<b>Dossier médical</b> (document ci-joint dûment complété) Sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmier coordonnateur APF Evasion France Handicap	À défaut, le dossier ne peut être enregistré	
Copie des <b>prescriptions médicales</b> (traitements, soins IDE / kiné, location de matériel ...)		
Photocopie de la <b>carte d'assuré social</b> ET de l' <b>attestation</b>		
Si vous utilisez un fauteuil électrique : photocopie de l'assurance		
Photocopie <b>passport</b> ou de la <b>carte d'identité</b> (Union Européenne) valide	Séjour en Corse et à l'étranger uniquement	
Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'un sport (préciser le sport)	Séjours UCPA / FFH	

**TOUTE PIÈCE NON FOURNIE AU DOSSIER EN BLOQUERA L'ÉTUDE ET RETARDERA LA RÉPONSE D'APF EVASION FRANCE HANDICAP**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à traiter votre demande de séjour APF Evasion France handicap. Les destinataires des données sont : le correspondant de la structure qui vous accompagne dans la constitution du dossier, le service APF Evasion France handicap au siège nationale APF France handicap ainsi que le directeur et l'équipe paramédicale (le cas échéant) qui vous accueillera. Pour le dossier médical (plis cacheté), les informations sont destinées à l'infirmier coordonnateur APF Evasion France handicap. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : APF Evasion France handicap – 17 bd Auguste Blanqui – 75013 PARIS

# DOSSIER MÉDICAL

## **IMPORTANT :**

Ce dossier médical est un **élément constitutif et obligatoire du dossier d'inscription à un séjour de vacances** pour des personnes en situation de handicap.

Il devra être établi en tenant compte des conditions particulières d'un séjour de vacances adapté : rythme soutenu, sorties fréquentes, encadrement par des bénévoles sans formation paramédicale.

Je soussigné(e) Docteur : .....

Adresse : .....

.....

Courriel : .....@.....

Téléphone : .....

**Certifie avoir examiné ce jour Monsieur ou Madame :**

**NOM :** .....

**PRÉNOM :** .....

**Date de naissance** ..... / ..... / .....

Merci d'insérer ce dossier **sous enveloppe cachetée** à l'attention de l'infirmier coordonnateur **APF Evasion France handicap** et d'y joindre les photocopies des ordonnances actuelles.

Contact médical APF Evasion France handicap : [infirmier.evasion@apf.asso.fr](mailto:infirmier.evasion@apf.asso.fr)

## NATURE ET ORIGINE DU HANDICAP – ETAT DE SANTE

ORIGINE DU HANDICAP - ETAT DE SANTE (diagnostic médical, circonstance de survenue) .....

NATURE DU HANDICAP :  Moteur  Mental  Polyhandicap  Autre .....

VACCINATION ANTITÉTANIQUE : date du dernier rappel ..... / ..... / ..... POIDS ..... kg (obligatoire)

PRINCIPAUX ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX / CHIRURGICAUX OU PSYCHIATRIQUES :

HOSPITALISATION OU OPERATION  Oui  Non Si oui, précisez :

Depuis 1 an : .....

Prévue : .....

### DÉFICIENCES ASSOCIÉES (au handicap moteur)

#### SENSORIELLES

Auditives  Droite  Gauche

Précisez (si port de prothèse) : .....

Altération du champ visuel  Droite  Gauche Précisez .....

#### DÉGLUTITION

(Risque de fausses routes)  Non  Avec aliments solides  Avec liquide

Mode d'alimentation :  Normal  Haché menu  Mixé

Alimentation entérale  Le jour uniquement  La nuit uniquement  Nuit et jour

"Type de passage"  Alimentation  Liquides  Médicaments

Horaires quotidiens : .....

Joindre le protocole complet et la prescription

Alimentation par voie orale possible :  Oui  Non

#### CARDIAQUES

(Insuffisance cardiaque, précaution, traitement – joindre ordonnance)

#### RESPIRATOIRES

Aucun problème  Précautions (sensibilité aux infections, altitude, effort)

Trachéotomie

Oxygène :  De façon intermittente ( Nocturne  Diurne)  En permanence

Ventilation assistée (respirateur) :  Nocturne  Diurne Nombre d'heures : .....

Kiné respiratoire :  oui  non

Appareil d'aide à la toux (ex. : Cough assist) .....

#### URINAIRES

Mode de miction :  Normal (sur W-C)  Bassin/ Urinal  Étui pénien (vulvaire) + poches  Protection (couches...)

Sonde à demeure, si oui changement toutes les ..... semaines

Stomie urinaire (urétérostomie...) fréquence du remplacement : .....

Type de stomie  Bricker  Mitrofanoff  Autre précisez : .....

Autosondage (seul) si oui ..... fois / jour  Hétérosondage (par un tiers) ..... fois / jour

Quel que soit le mode de miction :  Assure seul en toutes circonstances (voyage...) ses mictions et l'hygiène attenante

Aide partielle ou dans certains cas  Aide importante ou totale  Par un tiers

Quel que soit le mode de miction, des fuites surviennent :  Jamais ou exceptionnellement  Parfois

Tous les jours ou presque  La nuit

## INTESTINALES

- Mode d'élimination des selles :**  Normalement (sur W-C)  Sur bassin ou siège adapté  Protection (couches...)
- Utilise des produits locaux (type microlax)  Lavement (type normacol) fréquence = ..... fois / sem.
- Exonération digito-rectale (doigtier)  Lavement antérograde (Malone)  Stomie digestive
- Quel que soit le mode d'élimination (de défécation) :**  Assure seul ce mode de défécation
- Aide partielle ou dans certains cas  Aide importante ou totale  Par un tiers
- Quel que soit le mode de défécation, des fuites surviennent :**  Jamais  Parfois  Tous les jours ou presque
- La nuit

## CUTANÉE (EXISTENCE OU RISQUE D'ESCARRES)

- Aucun  Risque Précautions préventives : .....
- Escarre ou plaie actuelle :** précisez stade, localisation et soins : .....
- .....

## VISCÉRALES AUTRES (RÉNALES, ENDOCRINIENNE ....)

Précisez : .....

## ÉPILEPSIE

- Comitialité :**  Aucune  Stabilisée (traitement équilibré, pas de crise)
- Non stabilisée (crises possibles pendant le séjour)
- Si comitialité, fréquences des crises :**  Très rares  Peu fréquentes mais non rares (< 1/semaine)
- Fréquentes (+1/semaine)  Très fréquentes (tous les jours)

**Type de crise (manifestations repérables par des non-initiés) :** .....

.....

**Prescription et conduite à tenir en cas de crise (et au décours : consulter ? s'abstenir ?) :**

Joindre ordonnance et protocole

.....

.....

## DÉFICIENCE INTELLECTUELLE / TROUBLES COGNITIFS

- Aucune déficience
- Déficience mentale  **Légère** (Aptitudes pratiques – Acquisition lecture et notions d'arithmétique)
- Moyenne** (acquisition de notion simple de communication, d'habitudes d'hygiène et de sécurité alimentaire - Habilité manuelle simple - pas d'acquisition de lecture ou d'arithmétique)
- Sévère / profonde** (apprentissage de certains gestes simples concernant les membres supérieurs, inférieurs et la mastication)
- Autres troubles cognitifs** (mémoire, attention, orientation, syndrome frontal ...)

Types de troubles : .....

Conduite à tenir : .....

- Comportement perturbateur** (difficultés en collectivité - réactions inappropriées, agressivité, fugue. - Mauvaise gestion du danger : dangereux pour les autres ou mise en danger de lui-même)

Types de troubles : .....

Conduite à tenir : .....

- Troubles de l'humeur** (Dépression ...) suivi ou traitement psychiatrique en cours. Précisez :
- .....

# TRAITEMENTS ET SOINS INDISPENSABLES PENDANT LE SEJOUR VACANCES

(Une ordonnance actualisée devra être délivrée pour toute la durée du séjour et pour chaque traitement ou soin sur prescription)

## MÉDICAMENTS

Nature du traitement (spécialité, posologie) et copie ordonnance actuelle : .....

.....

.....

Prise du traitement :  Peut prendre seul son traitement (observance)  Doit être donné par un tiers

## SOINS INFIRMIERS

(Injections, médicaments par sonde gastrique, pansements....)

.....

.....

## KINESITHERAPIE

Aucune  Peut être interrompue pendant la durée du séjour vacances

Doit être poursuivie (ordonnance nécessaire)

Si poursuivie, type et fréquence : .....

.....

## APPAREILLAGE

Prothèse  Orthèse  Corset  Précisez :

.....

Siège coquille

## PRECAUTIONS / CONTRE INDICATIONS

ALCOOL (précautions, interférence médicamenteuse) : .....

Anesthésie (précaution contre-indications) : .....

Allergies (médicaments, aliments, contact ...) : .....

Régime alimentaire / Alimentation adaptée : .....

Moyen de transport (avion, bateau, route) : .....

Activité physique ou sportive : .....

Baignade accompagnée (précaution éventuelle) : .....

Recommandations particulières : .....

**En conclusion :**  Un séjour de vacances en collectivité est autorisé

Une nouvelle visite médicale est nécessaire avant le voyage,

si oui préciser ce qui motive cette précaution .....

.....

Fait à ..... le ..... / ..... /20.....

Signature et cachet du praticien :

## Certificat médical handisport

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

Et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive

de compétition

de loisir

Remarques restrictives éventuelles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Remarques :

→ **Le code du sport impose la présentation préalable d'un certificat médical datant de moins d'un an et attestant l'absence de non contre-indication avant la délivrance d'une licence sportive**

- Systématiquement pour toute première demande de licence (*article L231-2 du code du sport*)
- Annuellement pour tout compétiteur (certificat datant de moins d'un an) (*article L231-3 du code du sport*)
- Conformément à l'article L231-2 du code du sport, la FFH exige pour tout renouvellement de licence, pour un pratiquant, un certificat médical.

→ Multiactivité

Le code du sport précise : « ...un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de l'activité physique ou sportive pour laquelle elle est sollicitée »

Ce qui veut dire que ce certificat ne peut être délivré pour « toute activité » et qu'il doit préciser telle(s) ou telle(s) activités.

**D'où l'obligation de cocher les activités pratiquées page 2**

→ Ne pas oublier de dater et signer le certificat.

## Liste des activités sportives handisport

→ Cocher toutes les activités concernées par ce certificat médical en spécifiant le type de pratique (loisir ou compétition) :

Compét.	Loisir	Activités sportives
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIKIDO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATHLÉTISME
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AVIRON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BADMINTON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BASKET-BALL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BILLARD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BOCCIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BOWLING
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BOXE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CANNE FRANCAISE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CANOË-KAYAK / PIROGUE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CECIFOOT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CHAR A VOILE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COURSE D'ORIENTATION
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CURLING
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CYCLISME HANDCYCLE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CYCLISME SOLO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CYCLISME TANDEM
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CYCLISME TRICYCLE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DANSE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EQUITATION
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESCALADE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESCRIME
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FLECHETTE PENDULAIRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FOOTBALL A 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FOOTBALL A 7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FOOTBALL A 11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FOOT FAUTEUIL ELECTR.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FOOTBALL DE TABLE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FOOTBALL Amputés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FUTSALL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GOALBALL / TORBALL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GOLF
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GYMNASTIQUE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HALTÉROPHILIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HANDBALL

Compét.	Loisir	Activités sportives
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOCKEY SUR GLACE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOCKEY SUR GAZON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOCKEY EN FAUTEUIL ELEC.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	JUDO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KARATE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUSCULATION
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NATATION
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PARACHUTISME
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PATINAGE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PECHE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLANEUR - ULM
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLONGEE SOUS MARINE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RANDONNEE - FTT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RANDONNEE - Joëlette
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RANDONNEE PEDESTRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RANDONNEE traîneau pulka
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROLLER
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RUGBY
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RUGBY XIII
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SARBACANE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SHOWDOWN DV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SKI ALPIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SKI NAUTIQUE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SKI NORDIQUE / BIATHLON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SNOWBOARD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SPORTS BOULES/PETANQUE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TAEKWONDO/TAICHI CHUAN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENNIS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENNIS DE TABLE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIR A L'ARC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIR SPORTIF
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRIATHLON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VOILE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VOL A VOILE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VOLLEY-BALL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTRES :

Nombre de cases cochées : \_ \_ \_ \_

Date de l'examen médical : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Cachet professionnel:

Signature du médecin :