

**SEJOUR DE VACANCES
DEMANDE D'INSCRIPTION**

Les dossiers complets sont à envoyer par courrier à :
UCPA - A l'attention de Caroline Duval
Le Lieu Commun – 21-37, rue de Stalingrad
CS 30517 – 94741 ARCUEIL CEDEX
ou par mail à vacanceshandisport@ucpa.asso.fr

Catégorie de séjour demandé	<input type="checkbox"/> Enfance Jeunesse	Adulte <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Étranger
Cadre réservé à APF Evasion (ne rien inscrire dans cette case) Code SVA, SCP, SMI : IND		Enregistrement : Code REPL : IND

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. : Mail (obligatoire) :@.....

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 :

➔ 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	Date	Option transport** (coche obligatoire)	Case réservée APF Evasion
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"/>	<input type="checkbox"/>	<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
<input type="checkbox"/> Difficile | <input type="checkbox"/> J'utilise des accessoires de communication
<input type="checkbox"/> Pictogrammes / Alphabet
<input type="checkbox"/> Synthèse vocale
<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
 J'ai une contre-indication au port du masque (je fournis obligatoirement un certificat 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**
- Je prévois de venir avec des masques pour la durée du séjour
- 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 + attestation CPAM

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.

Les conditions d'organisation des séjours sont liées à la situation sanitaire et peuvent être adaptées en fonction de l'évolution épidémique, de l'avancée des connaissances, des moyens de prévention ou de traitement de l'infection.

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 dix 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
Dossier médical (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	
Séjour «SATVA» : fournir argumentaire médico-social	Téléchargeable sur le site	
Copie des prescriptions médicales (traitements, soins IDE / kiné, location de matériel ...) Si nécessaire : certificat médical contre-indication au port du masque		
Photocopie de la carte d'assuré social ET de l' attestation		
Si vous utilisez un fauteuil électrique : photocopie de l'assurance		
Photocopie passport ou de la carte d'identité (Union Européenne) valide	Séjour en Corse et à l'étranger uniquement	

TOUTE PIÈCE NON FOURNIE AU DOSSIER EN BLOQUERA L'ÉTUDE ET 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 national APF France handicap ainsi que le directeur et l'équipe paramédicale (le cas échéant) qui vous accueillera. Pour le dossier médical (plis cachetés), les informations sont destinées à l'Infirmier coordonnateur APF Evasion France handicap et la Commission médicale santé. Vos données sont conservées jusqu'à 5 ans après votre dernier contact avec 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. Vous bénéficiez enfin d'un droit à l'effacement de vos données. Si vous souhaitez obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à : APF Evasion France handicap – 17 bd Auguste Blanqui – 75013 PARIS ou auprès de notre délégué à la protection de données personnelles à l'adresse suivante dpo@apf.asso.fr Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés vous pouvez faire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

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

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 COVID : 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

Contre indication au port du masque (joindre un **certificat**)

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 MEDICAL HANDISPORT

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné 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.

→ Multiactivités

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 ACTIVITES 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"/>	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"/>	Boccia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bowling
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boxe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Canoe-kayak/pirogue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cécifoot
<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"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Futsal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Futsal -sourds
<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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Judo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Karaté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musculation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Natation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patinage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plongée sous-marine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Randonnée - FTT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Randonnée -joëlette
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Randonnée pédestre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Roller
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rugby
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarbacane
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Showdown
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ski alpin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ski nordique / Biathlon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Snowboard
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sports boules/ Pétanque
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tai chi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taekwondo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tennis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tennis de table
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tir à l'arc
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Triathlon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voile
	<input type="checkbox"/>	Autres :

Nombre de cases cochées : _ _ _ _

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

Cachet professionnel:

Signature du médecin :