

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) (personne majeure ou tuteur légal) autorise le responsable de cercle ou son délégué à utiliser ces informations d'ordre médical dans le cadre des activités de la Fédération Multisports Adaptés en veillant à garder la confidentialité de ce document.

Signature :

Membre du club :

Nom Prénom :

Adresse ou vignette mutuelle :

Date de naissance :

tél. :

Ne présente pas de handicap - Présente le(s) handicap(s) suivant(s) (biffer la mention inutile) :

1= handicap principal – 2 = handicap secondaire

1	2	Type de déficience	code
		Troubles moteurs	010
		Paralysie cérébrale	020
		Troubles respiratoires	030
		Malformations cardiaques	040
		Troubles cardiaques	041
		Dysmélie	050
		Poliomyélite	060
		Troubles graves de la parole, vue, ouïe	070
		Aveugles, amblyopes, troubles graves de la vue	071
		Sourds/demi-sourds	072
		Sclérose en plaques	080

		Spinabifida ou myopathie	090
		Epilepsie	100
		Déficience mentale légère	111
		Déficience mentale modérée	112
		Déficience mentale sévère	113
		Déficience mentale profonde	114
		Déficience profonde et troubles envahissants	115
		Malformation squelette/membres	120
		Polyhandicap	130

		Troubles caractériels (névrotique ou pré psychotique)	140
		Troubles caractériels graves	141
		Troubles caractériels légers	142
		Troubles du comportement	143
		Affectation chronique non contagieuse	150
		Autisme	160
		Lésion cérébrale congénitale ou acquise	170

✂

Nom du club :

VOLET B

écrire lisiblement ou apposer ici une vignette de mutuelle

NOM, Prénom

date de naissance ... / ... /

NISS

2020

Catégorie(s) d'handicap (code chiffré dans tableau ci-dessus) :

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que le sportif dont l'identité est reprise ci-dessus

a subi un examen médical et est déclaré :

- Apte à la pratique sportive.
- Apte à la pratique sportive, sauf contre-indications ci-dessous :
- Apte à la pratique sportive moyennant un encadrement adapté aux PMR.
- Non Apte

Certifié complet, cachet, date et signature du médecin

Le



VOLET A

**A CONSERVER PAR
LE CERCLE**

- Etat fonctionnel
- Problème de santé important :
 affection cardio-vasculaire
- allergies :
- autres :

- Date du dernier vaccin ou rappel antitétanique
- Problèmes psychologiques ou difficultés d'intégration
-

- J'estime que les précautions suivantes seraient utiles : (remarques, restrictions ou interdictions éventuelles de certains mouvements ou disciplines sportives)
-
-

Traitement :

L'intéressé doit-il prendre des médicaments ? oui non
Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

Certifié complet, cachet, date et signature du médecin

Le

Si FéMA, - Fédération Multisports Adaptés n'a pas connaissance, en temps voulu, des éléments nécessaires pour faire face à toute situation découlant de l'évolution de l'état de santé de l'intéressé, FéMA s'estimera déchargée de toute responsabilité.

CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE

VOLET B

A RENVOYER

VERSO DU VOLET B A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN

ET

A RENVOYER OBLIGATOIREMENT A :



FéMA
Rue de France, 35
5600 PHILIPPEVILLE