



**HANDI FULL**

**(boxe adaptée – handi boxe)**

**FICHE MEDICALE**

**A conserver par les accompagnateurs**

**et à mettre à disposition de l’équipe médicale en cas de besoin**

**Ces renseignements peuvent être nécessaires au médecin en cas d’urgence !**

Nom et prénom du licencié : ……………………………………………………….…..

Date de naissance : …………………………………….... Sexe : ………………….….

Adresse : …………………………………………………………………………….…

Code postal : ………….. Ville : ……………………………………………………….

Téléphone : ………………………..….......... Portable : ………..……..…………........

Association sportive : ANDREANAIS FULL CONTACT

**INFORMATIONS MEDICALES**

Poids : ……….. kg Taille : ………. cm

Type de handicap : ………………………………………………………………..

Nom du médecin traitant : ………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………….

Code postal : ………….. Ville : ………………………………………………….

Téléphone : ……………………….........................................................................

**Déficience Intellectuelle (QI) : □ <35 □ 35<QI<55 □ 55<QI<75 □ >75**

□ Maladie génétique ou chromosomique : type .............................................................

□ Troubles délirants : type ..............................................................................................

□ Schizophrénie ou trouble schizotypique : type ...........................................................

□ Trouble de l’humeur, trouble affectif bipolaire : type ................................................

□ Troubles du comportement, accès d’agitations : type .................................................

□ Anxiété, émotivité, troubles obsessionnels : type ……...............................................

□ Syndrome dépressif : type ...........................................................................................

□ Trouble de l’alimentation : type ..................................................................................

□ Trouble du sommeil : type ..........................................................................................

□ Trouble de la personnalité : type .................................................................................

□ Autisme ou syndrome autistique : type .......................................................................

□ Trouble hyperkinétique, trouble de conduite, tics : type .............................................

□ Autre trouble mental : type .........................................................................................

**Déficit sensoriel**

□ Visuel : type …………………………………………………………………………

Port □ de lunettes □ de lentilles

□ Auditif : type ……………………………...................................................................

Appareillages □ oui

**Antécédents médicaux**

□ Epilepsie : type de crise ...............................................................................................

□ Maladies cardio-vasculaire : type ................................................................................

□ Asthme, autres affections respiratoires : type .............................................................

□ HTA, variation de tension habituelle : ........................................................................

□ Trouble de la coagulation : type ..................................................................................

□ Maladie neurologique : type ........................................................................................

□ Maladie rénale : type ...................................................................................................

□ Allergies : type ............................................................................................................

□ Affections dermatologiques : type ..............................................................................

□ Hernies : type ..............................................................................................................

□ Prothèse dentaire : type ...............................................................................................

□ Problème orthopédique : type .....................................................................................

**Antécédents chirurgicaux**

Type : ..............................................................................................................................

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

**Antécédents traumatiques sportifs**

Type : ..............................................................................................................................

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

**Médication en cours**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM DES MEDICAMENTS** | **POSOLOGIE** | **HEURES** | **DATE DE PRESCRIPTION** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Allergies médicamenteuse connues**

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

**Autre type d’allergie**

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

**Vaccination Tétanos**

Date du dernier rappel ..................................................................

**Régime particulier**

Diabète : □ oui □ non

Autre type : .....................................................................................................................