



NIMES CULTURE et SPORT ADAPTÉ

✉ 6 rue du rempart romain 30000 Nîmes

☎ 06-31-41-83-00 Mail : ncsa.30@hotmail.fr

Site internet : <http://ncsa.free.fr>

Uniquement pour les compétiteurs

Fiche médicale

IMPORTANT : A mettre sous pli cacheté, ces documents seront conservés par les accompagnateurs et seront mis à disposition de l'équipe médicale, si besoin.

NB : ces renseignements peuvent être nécessaires au médecin en cas d'urgence !

Nom et prénom de l'athlète : Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :

Adresse :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Téléphones

Informations médicales

① Poids : kg

② Type de handicap : Nom du médecin traitant :

Adresse :

N° de tél. :

- | | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Déficience Intellectuelle (QI) : | <input type="checkbox"/> <35 | <input type="checkbox"/> 35<QI<55 | <input type="checkbox"/> 55<QI<75 | <input type="checkbox"/> >75 |
| <input type="checkbox"/> Maladie génétique ou chromosomique | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Troubles délirant | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie ou trouble schizotypique | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur, trouble affectif bipolaire | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Troubles du comportement, accès d'agitations | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Anxiété, émotivité, troubles obsessionnels | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Syndrome dépressif | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du sommeil | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Autisme ou syndrome autistique | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble hyperkinétique, trouble de conduite, tics | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre trouble mental | type | | | |

③ Déficit sensoriel :

Visuel : type
port de lunettes de lentilles

Auditif : type

Appareillages oui non

④ Antécédents médicaux :

- Epilepsie type de crise
- Maladies cardio-vasculaires 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

⑤ Antécédents chirurgicaux :

Type

⑥ Antécédents traumatiques sportifs :

Type

⑦ Médication en cours :

Nom des médicaments	Posologie	Heures	Date de prescription

⑧ Allergies médicamenteuse connues :

Autre type d'allergie :

⑨ Vaccination Tétanos :
date du dernier rappel

⑩ Régime particulier :

Diabète : oui non

Autre type :

Autres informations que vous jugez importantes :

.....

.....

.....

.....

Joindre la photocopie : de la carte de sécurité sociale de la mutuelle complémentaire