

Déclaration d'adhésion

Formulaire complémentaire pour offres sportives

Grâce aux informations ci-dessous, il est possible d'adapter le contenu et l'organisation de la leçon de sport aux besoins ainsi qu'aux exigences particulières des participants.

Procap Suisse recommande à ses groupes sportifs de faire remplir ce formulaire supplémentaire à tous les **nouveaux membres**. La question de savoir si les formulaires complémentaires doivent être renouvelés périodiquement est laissée à l'appréciation de chaque groupe sportif.

La décision de la nécessité d'un examen médical incombe au sportif/à la sportive ou à son/sa représentant-e légal-e.

Les changements de santé qui pourraient avoir des conséquences sur l'enseignement du sport doivent être signalés immédiatement au groupe sportif ou aux responsables.

Nom/Prénom: _____

Section/Groupe sportif: _____

description plus détaillée

- ☐ Handicap mental _____
- ☐ Troubles du spectre autistique(TSA) _____
- ☐ Malentendant _____
- ☐ Handicap physique _____
- ☐ Handicap suite maladie _____
- ☐ Handicap psychique _____
- ☐ Handicap de la vue _____
- ☐ Handicap du langage _____
- ☐ Dépendances _____
- ☐ Autres / Maladies
(p. ex. diabète, épilepsie, allergies, etc.) _____

Remarques ou informations importantes pour les activités sportives: (par exemple des moyens auxilliaires, chaise roulante, déambulateur, aides, comportement, particularités, etc.)

Recommandations (du point de vue médical)

Activités sportives	conseillé		pas conseillé
Exercices de stretching	☐		☐
Exercices de force	☐		☐
Entraînement d'endurance	☐		☐
Mouvements Stop and go	☐		☐
Mouvement de rotations	☐		☐
Roulade	☐		☐
Sauter (p. ex. trampoline)	☐		☐
Plonger la tête la première	☐		☐
Plongeon	☐		☐
Est-ce-que la sportive/le sportif peut nager seul·e?	Oui ☐		Non ☐

Précautions supplémentaires ou compléments:

Contact en cas d'urgence

La personne ci-dessous peut être contactée par téléphone par le/la responsable en cas d'urgence pendant les heures d'entraînement:

Nom/Prénom: _____

Complément (Institution, père, mère ...): _____

Tél. / Mobile: _____

Remarques:

Par sa signature, la sportive/le sportif ou la/le représentant·e légal·e accepte que le formulaire soit transmis aux responsables du groupe sportif. Les données seront traitées de manière confidentielle.

Lieu/Date: _____ Signature du sportif /
de la sportive: _____

(ou du représentant légal /
de la représentante légale) _____

Original: pour le groupe sportif, respectivement pour les responsables
Copie: pour le sportif / la sportive

Olten, en juin 2025/Procap Sport//hb/tg