



FéMA - FEDERATION MULTISPORTS ADAPTES
Chaussée de Haecht, 579 BP 40 - 1031 Bruxelles - tél. : 02/246.42.35

CERTIFICAT MEDICAL
A GARDER PAR LE CERCLE

VOLET A

Année : 2018

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 handicap suivant (biffer la mention inutile) :

1= handicap principal – 2 = handicap secondaire

1 2

- Déficience mentale légère 111
- Déficience mentale modérée 112
- Déficience mentale sévère 113
- Déficience mentale profonde 114
- Troubles caractériels (névrotique ou pré psychotique) 140
- Troubles caractériels légers 142
- Troubles caractériels graves 141
- Autisme 160
- Déficience profonde et troubles envahissants 115

1 2

- Troubles moteurs 010
- Paralysie cérébrale 020
- Dysmélie 050
- Poliomyélite 060
- Malformation squelette/membres 120
- Spinabifida ou myopathie 090
- Sclérose en plaques 080
- Lésion cérébrale congénitale ou acquise 170
- Polyhandicap 130

1 2

- Epilepsie 100
- Troubles respiratoires 030
- Malformations cardiaques 040
- Troubles graves de la parole, vue, ouïe 070
- Aveugles, amblyopes, troubles graves de la vue 071
- Sourds/demi-sourds 072
- Affectation chronique non contagieuse 150



CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE

VOLET B

Année 2018

A RENVOYER OBLIGATOIREMENT A : (cachet de l'entité)

(à remplir par le médecin examinateur)



Partie de document à découper (voir Verso) et envoyer à
FéMA/FWSA, Bvd des Fortifications, 12 – 5600 Philippeville

- état 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

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.



Nom, prénom :

Adresse :

Club :

Date de naissance :

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 :

- Non Apte

Certifié complet, cachet, date et signature du médecin