



Fiche membre du club sportif

A compléter ou corriger, une fois par an,
par les parents, l'éducateur ou le tuteur.

Veuillez mettre
Une Photo d'identité
SVP

Identité et description du participant

Prénom : _____ Nom : _____ Né(e) le _____
 Adresse : _____ Code Postal : _____ Localité : _____
 E-mail : _____ Tel : _____ GSM : _____

Description d'handicap :

<u>Handicap mental</u>	<u>Handicap sensoriel :</u>	<u>Handicap physique :</u>
Léger <input type="checkbox"/>	Mal voyant <input type="checkbox"/>	Paraplégie <input type="checkbox"/>
Modéré <input type="checkbox"/>	Non voyant <input type="checkbox"/>	Hémiplégie <input type="checkbox"/>
Profond <input type="checkbox"/>	Mal entendant <input type="checkbox"/>	Aphasie <input type="checkbox"/>
Trisomie <input type="checkbox"/>	Muet <input type="checkbox"/>	Dysphasie <input type="checkbox"/>
Autisme <input type="checkbox"/>	Sourd-muet <input type="checkbox"/>	IMC <input type="checkbox"/>

A quoi faut-il être particulièrement attentif ?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sentiment d'insécurité | <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie | <input type="checkbox"/> Accès de colère | <input type="checkbox"/> Risque de violence |
| <input type="checkbox"/> Risque de se perdre | <input type="checkbox"/> Fugues possible | <input type="checkbox"/> Gestion de l'argent poche | <input type="checkbox"/> Risque de vol |
| <input type="checkbox"/> Consommation d'alcool, de tabac | <input type="checkbox"/> Gestion de la nourriture | | |

Description du handicap :

.....

.....

.....

Personnes à contacter en cas d'accident ou d'urgence

<u>Nom</u>	<u>Lien</u>	<u>Téléphone</u>	<u>Téléphone</u>
.....
.....
.....

Je soussigné (Parent – Educateur ou Tuteur) *
déclare

- que l'Asbl peut utiliser l'image du participant à des fins de présentation ou de l'association ;
- accepter que ces données confidentielles ne soient utilisées que pour l'encadrement du membre pendant les activités, la gestion administrative et l'envoi du journal trimestriel ;
- que les renseignements fournis sont complets et corrects et que toute information complémentaire ou mise à jour sera communiquée aux responsables des activités.
- En outre, je **souhaite – ne souhaite pas** * devenir Membres effectifs et participer aux Assemblées Générales

Date : Signature : _____

*barrer la mention inutile

:

«Numero»/«Nombre»