Match de Football - Samedi 17 septembre 2022
Stade Alain Mimoun
Combs-la-Ville (77, Seine-et-Marne)

« Transplant Football Team » vs Senlis Gendarmerie

Rendez-vous à 15h le samedi 17 septembre 2022
Stade Alain Mimoun – Combs-la-Ville (Seine et Marne)

DOSSIER D'INSCRIPTION
Ouvert à tous

Jeunes, adultes et séniors, débutants et confirmés
Venez jouer !

SOMMAIRE

Dates importantes	**p 3**
Informations Générales	**p 4**
Bulletin de participation – PAR – JOUEUR(SE)	**p 8**
Fiche signalétique (pour le joueur(se) transplanté ou dialysé) – SIG –	**p 9**
Fiche sanitaire de liaison / Mineur – MIN –	**p 10**
Autorisation parentale – AP – pour les mineurs	**p 12**
Certificat médical - pour les sympathisants non transplantés ni dialysés	**p 13**
Dossier médical – pour les transplantés et dialysés (attestation d'entrainement, certificats de type M2)	**p 14**

Un bulletin d'adhésion à l'association Trans-Forme pour l'année 2021 est joint à ce dossier.

Merci de photocopier autant de fois ce dossier qu'il y a de personnes à inscrire

DATES IMPORTANTES

VEUILLEZ RETOURNER SVP AU BUREAU AVANT LE VENDREDI 26 août 2022 :

- **Le bulletin de participation – PAR –**
- **La fiche signalétique – SIG –**
- **La fiche sanitaire de liaison / mineur – MIN – et l'autorisation parentale – AP – seulement si vous êtes mineur(e)**

***Attention** : Tout participant dont le dossier d'inscription complété et signé n'aura pas été reçu au siège de Trans-Forme **avant le vendredi 26 août 2022**, ne pourra pas valider sa participation au match.*

AVANT LE VENDREDI 2 septembre 2022 :

- **Le certificat médical pour les joueurs(ses) sympathisant(e)s**
- **Le dossier médical pour les joueurs(ses) transplanté(e)s et dialysé(e)s (attestation d'entrainement du participant, certificats de type M1 et de type M2 et copie du test d'effort datant de moins d'un an) entièrement complété et signé par le médecin et tamponné de son cachet.**

Association Trans-Forme
66 Boulevard Diderot
75012 PARIS

INFORMATIONS GENERALES

1. INFORMATIONS GENERALES

- L'association TRANS-FORME est heureuse d'organiser un **match amical et solidaire** contre **Senlis Gendarmerie.**

- Les footballeurs transplanté(e)s et dialysé(e)s de Trans-Forme motivé(e)s et en bonne santé physique rencontreront donc l'équipe du Sénat **le samedi 17 septembre 2022 à partir de 15h au stade de Chatillon (Hauts-de-Seine). Nous prendrons une collation ensemble avant le match : RV de l'équipe à 13h30.**

- **Objectif du match** : offrir aux spectateurs un bon match solidaire, et également sensibiliser le public aux enjeux des dons d'organes via le sport le plus populaire de France.

2. REGLEMENT

Pour pouvoir participer, chaque joueur(se) doit :

- Soit être transplanté (e) depuis au moins 1 an (6 mois sur dérogation) et porteur d'un greffon stable, soit être dialysé(e) voire sympathisant(e).
- Satisfaire aux prérequis médicaux et fournir un dossier médical complet (ci-après).
- Certifier d'un entraînement physique régulier.
- Être adhérent à jour de sa cotisation (pour l'année de la manifestation).
- **Envoyer à Trans-Forme un chèque de caution de 30 €** (à l'ordre de Trans-Forme) pour confirmation de l'inscription (chèque non encaissé retourné au joueur(se) avant le match OU encaissé à défaut de présence au match).

3. EQUIPEMENTS DE LA « TRANSPLANT FOOTBALL TEAM »

Les joueurs(ses) de l'équipe se verront prêter un équipement complet pour le match : maillot, short et chaussettes.

4. REGLES SPECIFIQUES

Durant ce match amical, TRANS-FORME recommande à l'équipe adverse une pratique du football limitant les risques ostéoarticulaires :

- Pas de tacle
- Evitement du mur pour les coups francs

5. RENDEZ-VOUS – SAMEDI 17 SEPTEMBRE 2022

Le match se déroulera à partir de **15h au stade Alain Mimoun (Seine-et-Marne).**
L'équipe sera conviée à 13h30 (précisions ultérieures).

6. ENCADREMENT MEDICAL ET SECURITE

Une équipe médicale et paramédicale sera chargée d'assurer la sécurité des joueurs(ses) pendant le match. Le SAMU sera averti du déroulement de la manifestation. L'équipe médicale sera présentée aux joueurs(ses) avant le début du match.

7. CONDITIONS MEDICALES REQUISES

Pour être autorisé à participer, le(la) joueur(se) transplanté(e), dialysé(e) ou sympathisant(e) doit satisfaire aux prérequis médicaux de Trans-Forme.

Pour ce qui concerne les éléments médicaux, le délai court jusqu'au vendredi 2 septembre 2022.

Pour le(la) joueur(se) transplanté(e) ou dialysé(e), le dossier médical complet comprend :

- L'attestation d'entrainement du participant.
- **La fiche déclarative, doit être impérativement renseignée et signée par le/la participant(e).**
- Le certificat M1 entièrement complété, signé et tamponné par le médecin, datant de moins de 3 mois.
- Le certificat M2 :
  - ***Pour tous les transplantés adultes, pour les mineurs transplantés de cœur et/ou poumons et pour tous les dialysés adultes et mineurs*** *:* le certificat M2/1 avec la copie du test d'effort datant de moins de 12 mois, 6 mois ou 4 mois (en fonction de la nature de la transplantation) entièrement complété, signé et tamponné par le médecin.
    Ce certificat doit être complété, cacheté et signé par le médecin qui vous suit en transplantation ou en dialyse, à la lecture des résultats de l'épreuve d'effort datant de moins de 12 mois, 6 mois ou 4 mois.
    Un nouveau test d'effort pourra éventuellement être demandé par l'équipe médicale.
  - ***Pour les transplantés mineurs - sauf transplantés de cœur et/ou poumons*** *: certificat* M2/2 entièrement complété, signé et tamponné par le médecin.

Il est fortement recommandé aux participants de conserver l'original de l'épreuve d'effort réalisée.

Pour le(la) joueur(se) sympathisant(e) non transplanté(e) ni dialysé(e) :

- Le(la) joueur(se) doit fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du football datant de moins de 3 mois de la date du match. Le(la) joueur(se) non transplanté(e) disposant d'une licence en cours de validité de la FFF (Fédération Française de Football) ou de la FFA (Fédération Française d'Athlétisme) ou de la FFtri (Fédération Française Triathlon), ou autre licence à agréer par le médecin référent de Trans-Forme, en sera exempté(e) et devra fournir une photocopie de sa licence à jour.
- Pour être autorisé(e) à participer, le(la) joueur(se) non transplanté(e) de plus de 40 ans pour les hommes et de plus de 50 ans pour les femmes doit fournir, en plus du certificat de non contre-indication à la course à pied (course de fond) ou d'une licence en cours de validité de la FFF, FFA ou FFTri ou autre licence à agréer par le médecin référent de Trans-Forme, les résultats d'une épreuve d'effort qu'il aura effectuée moins de 12 mois avant la date du match.
- La fiche déclarative, doit être impérativement renseignée et signée par le/la participant(e).

Non autorisation de participer au tournoi pour raisons médicales
À tout moment et notamment le jour J, l'équipe médicale de Trans-Forme peut être amenée à refuser à un(e) participant(e) la possibilité de concourir lors du match, pour des raisons couvertes par le secret médical. La décision est alors sans appel.

8. RESPONSABILITE CIVILE ORGANISATEUR ET ASSURANCE INDIVIDUELLE « Responsabilité Civile » et « Accident Corporel »

a) « Responsabilité Civile Organisateur »
Trans-Forme dispose d'une assurance « Responsabilité Civile organisateur » couvrant ses activités et ses projets.

b) « Accident Corporel » et « Assistance » adhérent
Trans-Forme contracte pour chacun de ses adhérents une assurance/assistance « Accident Corporel ».

9. TRANSPORT

Il ne sera pas organisé de transfert collectif. L'adresse du stade Alain Mimoun est la suivante : **49 Rue de Varennes, 77380 Combs-la-Ville. Plan exact: ici !**

a- Accès par la route - Voiture et covoiturage

Covoiturage Trans-Forme

Trans-Forme anime un groupe Facebook « **Covoiturage Trans-Forme** » pour mutualiser vos déplacements !
L'association vous invite à intégrer ce groupe pour proposer votre véhicule ou trouver un covoiturage au départ de votre région le cas échéant.

- ✓ Partagez un moment convivial avec des personnes de votre région pour vous rendre à Chatillon
- ✓ Réduisez vos frais,
- ✓ Participez lors de chaque déplacement en covoiturage à une réduction de l'émission de CO2.

En voiture !
Rendez-vous sur la page Facebook : https://www.facebook.com/groups/covoituragetransforme/

b- Accès par le train, par les transports en commun ou par avion

Par le RER : Ligne D – arrêt Combes-la-Ville-Quincy

10. NOTES DE FRAIS

Trans-Forme prend en charge l'intégralité de votre déplacement. La base de remboursement est le tarif SNCF 2ème classe – ou 1ère classe si le tarif est inférieur à la 2ème classe (carte de réduction…).
Si le déplacement en voiture permet une réduction du coût en considérant le nombre de personnes transportées, la base de remboursement est de 0,30 € du kilomètre.
Pour les déplacements effectués en avion, le remboursement sera pris en charge pour un montant qui devra être compétitif par rapport au tarif de train et / ou voiture.

Il est obligatoire de transmettre les justificatifs de déplacement – précisant date, objet du déplacement, lieu de départ, lieu de destination et nombre de kilomètres parcourus – pour tout déplacement en voiture et les justificatifs des frais réels pour le train ou l'avion par exemple : **Le modèle de note de frais de Trans-Forme devra être scrupuleusement renseigné. Un ordre de mission de Trans-Forme vous sera adressé dès votre inscription qui mentionnera un montant prévisionnel de frais de déplacement.**

11. ADHESION

Ce match de football est organisé dans le cadre des objectifs poursuivis par Trans-Forme : réhabilitation des personnes transplantées et dialysées par l'activité physique et sportive, sensibilisation à la réussite de la greffe et à la nécessité des dons d'organes. Dans ce cadre, et pour des raisons de responsabilité et d'assurance, nous demandons à chaque personne désireuse de bénéficier des services de l'association d'être adhérente et à jour de leur cotisation pour l'année en cours.
Tous les participants transplantés, dialysés et sympathisants doivent être adhérents. L'adhésion pour l'année 2021 est de 25€. Elle doit être réglée, le cas échéant, en sus du chèque de caution et par chèque séparé.

Si vous avez besoin de plusieurs bulletins d'adhésion, n'hésitez pas à photocopier le bulletin d'adhésion inclus ou à nous en demander.

12. DROITS SUR LES IMAGES : PHOTO ET VIDEO

Tout support photo ou vidéo pendant le match ne pourra être utilisé par les participants qu'à des fins privées (sauf autorisation particulière concédée, sur demande, par Trans-Forme, ceci afin de satisfaire aux éventuels accords de partenariat contractés). Les participants cèdent le droit d'exploitation d'image à l'organisateur.

13. INSCRIPTIONS - RENSEIGNEMENTS ET INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Auprès du bureau de Trans-Forme de 9h30 à 12h30 et de 14h à 17h par téléphone au 01 43 46 75 46 ou par courriel auprès de Mme Eloïse Pillias : eloisepillias@trans-forme.org

BULLETIN DE PARTICIPATION / PAR - JOUEUR(SE)

A retourner impérativement avant le <u>vendredi 26 août 2022</u>

JOUEUR/EUSE

M. ☐ Mme. ☐ Melle ☐

Prénom : ..... NOM : .....

Date de naissance **:** ..... Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse complète : .....

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

Tél. domicile : ..... Tél. professionnel : .....

Tél. portable : ..... Email : .....

☐ Transplanté(e) de ..... le .....

☐ Dialysé(e) depuis le .....

☐ Sympathisant.....
(indiquez : donneur – médecin – infirmière – kinésithérapeute – autre à préciser)

Taille de vêtement : S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐ XXL ☐

Participe à un événement TRANS-FORME pour la première fois : ☐ OUI ☐ NON

Souhaite dans la mesure du possible jouer :

☐ ATTAQUANT ☐ DEFENSEUR ☐ MILIEU ☐ GOAL

Place habituelle dans le jeu : ……

TRANSPORT – Aller et retour

<u>Je partirai et reviendrai sur Paris - **le samedi 17 septembre 2022 :**</u>

- Avec mon véhicule personnel : ☐ OUI ☐ NON

  Si oui, j'accepte de covoiturer …….. (nombre) personnes, le …….,

  au départ de …… (ville), et retour le ……, à ……(ville)

- Souhaite me rendre à Paris idéalement avec le véhicule d'une autre personne *(en co-voiturage)* :

  ☐ OUI ☐ NON

- Par les transports en commun : ☐ OUI ☐ NON

Les données médicales seront détruites dès la clôture de l'événement.

Pour les participants transplantés ou dialysés, les données médicales seront détruites dès la clôture de l'événement, sauf demande contraire expressément formulée :

J'accepte que mes données médicales soient conservées 10 ans à des fins de travaux de recherche éventuels :

☐ OUI ☐ NON

FICHE SIGNALETIQUE / SIG

A retourner impérativement par les transplantés et les dialysés avant le <u>vendredi 26 août 2022</u>

Prénom : .....NOM : .....

Date de naissance : ..... Sexe : ☐ M ☐ F

Nationalité :

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale : ……

Adresse complète : .....

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

Tél. domicile : ..... Tél. professionnel : .....

Tél. portable : ..... Email : .....

☐ Dialysé(e) depuis le .....

☐ Transplanté(e) de ..... le .....

Le cas échéant, date de transplantation antérieure .....

<u>Votre centre de transplantation ou de dialyse :</u> ……

Adresse complète : .....

Code postal : …… Ville : ……

Téléphone : .....

Votre médecin : ..... Son téléphone : .....

Traitement habituel :

Allergies ou médicaments interdits :

Régime particulier :

<u>En cas d'urgence, prévenir</u> :

NOM :..... Prénom :.....

Téléphone : .....

Médecin : .....Tél : .....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / MINEUR – MIN

A compléter par les parents, et à retourner impérativement avant le <u>vendredi 26 août 2022</u>

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant ou l'adolescent. Cette fiche vous évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec des observations éventuelles.

Prénom (de l'enfant) :.....NOM : .....

Date de naissance : ……. Sexe : M ☐ F ☐

1 / VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé) :

- ANTIPOLIOMYELITIQUE ; ANTIDIPHTERIQUE ; ANTITETANIQUE ; ANTICOQUELUCHEUSE (Précisez s'il s'agit du DT polio, du DT coq, du Tétracoq, d'une prise polio)

Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :
Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :
Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :

- ANTITUBERCULEUSE (BCG) ; ANTIVARIOLIQUE ; AUTRES :

Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :
Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :

Si l'enfant n'est pas vacciné pourquoi ?

INJECTIONS DE SERUM : Natures Dates

2 / RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

☐ Rubéole	☐ Varicelle	☐ Angines	☐ Scarlatine	☐ Otites
☐ Rougeole	☐ Rhumatismes	☐ Oreillons	☐ Coqueluche	☐Asthme

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :
(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, etc.)

3 / TRAITEMENT ACTUEL DE L'ENFANT

Joindre l'ordonnance ou sa photocopie pour la durée du séjour.
Merci d'indiquer également l'heure précise de prise de chaque médicament.

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / MINEUR – MIN (suite)

4 / INFORMATIONS MEDICALES – mineurs transplanté uniquement

Organe transplanté : …… Maladie initiale : .....

Date de transplantation : …….. Nombre de rejets : .....

Dates des derniers contrôles : …….. Date du dernier rejet : .....

Consultation : …… Biologie : Biopsie : .....

…… Radio (coronarographie) : .....

Autres : .....

Traitement actuel : .....

.....

.....

Recommandations particulières du médecin :

.....

.....

5 / RESPONSABLE DE L'ENFANT (Parents ou tuteur légal)

NOM : ..... Prénom :.....

Adresse habituelle du responsable : ……

……

Tél. domicile : ..... Tél. professionnel : .....

Tél. portable : ..... Email : .....

Adresse des parents ou du responsable légal pendant le match (si différente de l'adresse habituelle) :

.....

.....

Téléphone des parents ou du responsable légal pendant le match (si différent du N° habituel) :

.....

N° DE SECURITE SOCIALE : ……

Joindre une photocopie de la carte de sécurité sociale en cours de validité.

AUTORISATION PARENTALE – AP

A compléter par les parents, et à retourner impérativement avant le <u>vendredi 26 août 2022</u>

Je soussigné(e), responsable de l'enfant _____,

- déclare exacts les renseignements portés dans le dossier d'inscription,
- autorise mon fils/ma fille à participer au match de la Transplant Football Team contre Senlis Gendarmerie organisé par Trans-Forme, et qui se déroulera le samedi 17 septembre 2022 à Combs-la-Ville,
- accepte pour celui-ci/celle-ci les règles de vie nécessaires à la bonne marche de la rencontre, et autorise le responsable de l'équipe à prendre, le cas échéant, toute décision s'avérant nécessaire,
- autorise également les médecins de l'équipe à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Nom, prénom et qualité du responsable : _____

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

Date : _____ **Signature : _____**

CERTIFICAT MEDICAL INDIVIDUEL – JOUEUR(SE) SYMPATHISANT

A retourner impérativement avant le vendredi 2 septembre 2022

Attention : à remplir par tous les joueurs(ses) sympathisants

Ce certificat doit être complété, cacheté et signé par un médecin

Je, soussigné Docteur : .....

Adresse : .....

.....

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

Téléphone : .....

Certifie avoir examiné en date du : .....

M., Mme, Mlle : .....

Né(e) le :

Et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique du football, pour sa participation au match de football le samedi 17 septembre 2022 qui se déroulera à Combs-la-Ville (Seine-et-Marne).

Attention : *Pour être autorisé à participer, le transplanté de cornée de 40 ans et plus pour les hommes et 50 ans et plus pour les femmes doit fournir, en plus du présent certificat de non contre-indication à la course à pied (course de fond) ou d'une licence en cours de validité de la FFF, FFA, FFTRi, ou autre à valider par l'équipe médicale de la Course du Cœur, les résultats d'une épreuve d'effort qu'il aura effectuée moins de 6 mois avant le départ de la Course du Cœur (validité 3 ans).*

Ce test d'effort est obligatoire, sauf si un test d'effort a déjà été réalisé pour un événement Trans-Forme lors des 12 derniers mois : le cas échéant, la fiche déclarative ci-après dûment renseignée devra être transmise. Un nouveau test d'effort pourra éventuellement être demandé par l'équipe médicale.

Cachet du médecin **Signature du médecin**

Contact Médical **(uniquement à l'usage des médecins) – Dr Catherine AMREIN – 06 85 76 35 11**

ATTESTATION D'ENTRAINEMENT DU PARTICIPANT

A retourner impérativement avant le vendredi 2 septembre 2022

Attention : à remplir par tous les joueurs(ses) transplanté(e)s ou dialysé(e)s

Je, soussigné(e), _____ certifie pratiquer une activité physique et sportive régulièrement : _____ fois par semaine pendant au moins _____ minutes.

Trans-Forme recommande un minimum de 3 fois par semaine pendant au moins 20 minutes.

- Je pratique en loisirs :

Citer le(les) sport(s) explicitement :

1 -
2 -
3 -
4 -

- Je pratique en compétition :

Citer le(les) sport(s) explicitement :

1 –
Niveau de compétition :
2 –
Niveau de compétition :
3 –
Niveau de compétition :
4 –
Niveau de compétition :

- **Mon traitement actuel** *(joindre la photocopie de l'ordonnance)*

Nom des médicaments	Fréquence/ 24 heures	Doses

Fait à _____ le _____

Nom, Prénom et Signature _____

CERTIFICAT – TYPE M2/1
RENSEIGNÉ PAR LE MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE
TOUS TRANSPLANTES ADULTES
DIALYSES ADULTES ET MINEURS
MINEURS TRANSPLANTES DE CŒUR ET/OU POUMONS

A retourner impérativement avant le vendredi 2 septembre 2022
Daté de moins de 6 mois
Attention : valable pour les activités à **coût énergétique moyen ou fort**

Le présent certificat médical est important pour appréhender la forme physique des participants.
Nous vous remercions d'examiner votre patient pour savoir s'il est capable de participer au match de football de votre point de vue médical – Merci d'avance de votre aide !

Ce certificat doit être complété, cacheté et signé par le médecin qui vous suit en transplantation ou en dialyse, à la lecture des résultats de l'épreuve d'effort datant de moins de 12 mois.
Un nouveau test d'effort pourra éventuellement être demandé par l'équipe médicale.

NOM DE LA MANIFESTATION : MATCH DE FOOTBALL

DATE DE LA MANIFESTATION : 17 SEPTEMBRE 2022

Je, soussigné(e), Docteur _____ Tél. _____

déclare avoir examiné M. - Mme - Mlle (1) _____

Au vu des antécédents et des résultats de l'examen clinique général effectués, et en particulier :
- l'aptitude ostéo-articulaire et de l'aptitude musculo-tendineuse
- l'évaluation du risque cardio-vasculaire avec : _____
- l'ECG de repos (à joindre si possible) : _____
- tension artérielle maximale : _____ mmHg
- tension artérielle 1 minute récupération : _____ mmHg
- taux d'hémoglobine : _____ g/dL

Attention : Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 11 g/dL : L'activité physique sportive de moyenne ou forte intensité est non recommandée par Trans-Forme sauf dérogation expresse.

- l'hématocrite : _____ %
- taux de créatinine : _____ µmol/l

- **Pour les transplantés de cœur ou cœur-poumon,** indiquez la date et fournir les résultats de la dernière échographie de stress ou coronarographie (compte rendu à joindre) : _____
- **pour les transplantés de poumon ou cœur-poumon,** fournir une attestation du pneumologue certifiant « l'absence de modification entre les résultats de deux dernières E.F.R. (exploration fonctionnelle respiratoire) réalisées entre 1 et 3 mois d'intervalle».

déclare avoir pris connaissance du compte-rendu de l'épreuve d'effort (effectuée par un cardiologue ou un médecin du sport) – Attention : compte-rendu de l'épreuve d'effort à joindre au présent certificat !

datant de : _____

☐ **certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports suivants** (citer explicitement le nom des sports autorisés, et le mode de pratique : en loisir ou en compétition) – rayer la mention inutile :
- en loisir – en compétition
- en loisir – en compétition
- en loisir – en compétition

☐ **atteste qu'il (elle) n'est pas actuellement apte**

Fait à _____ le _____

Signature et cachet (visible et lisible) _____

Contact Médical **(uniquement à l'usage des médecins) – Dr Catherine AMREIN – 06 85 76 35 11**

CERTIFICAT – TYPE M2/2
RENSEIGNÉ PAR LE MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION
MINEURS TRANSPLANTES – Sauf transplantés de cœur et/ou poumons

A retourner impérativement avant le vendredi 2 septembre 2022
Daté de moins de 6 mois
Attention : valable pour les activités à **coût énergétique moyen ou fort**

Le présent certificat médical est important pour appréhender la forme physique des participants.
Nous vous remercions d'examiner votre patient pour savoir s'il est capable de participer au match de football de votre point de vue médical – Merci d'avance de votre aide !

NOM DE LA MANIFESTATION : MATCH DE FOOTBALL

DATE DE LA MANIFESTATION : 17 SEPTEMBRE 2022

Je, soussigné(e), Docteur _____ Tél. _____

déclare avoir examiné M. - Mme - Mlle (1) _____

Au vu des antécédents et des résultats de l'examen clinique général effectués, et en particulier :
- l'aptitude ostéo-articulaire et de l'aptitude musculo-tendineuse,
- l'évaluation du risque cardio-vasculaire avec : _____
- l'ECG de repos (à joindre) datant impérativement de moins d'un an / date : _____
- tension artérielle maximale : _____ mmHg
- tension artérielle 1 minute récupération : _____ mmHg
- taux d'hémoglobine : _____ g/dL

Attention : Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 11 g/dL : L'activité physique sportive de moyenne ou forte intensité est non recommandée par Trans-Forme sauf dérogation expresse.

- l'hématocrite : _____ %
- taux de créatinine : _____ µmol/l

☐ **certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports suivants** (citer explicitement le nom des sports autorisés, et le mode de pratique : en loisir ou en compétition) – rayer la mention inutile :
- en loisir – en compétition
- en loisir – en compétition
- en loisir – en compétition

☐ **atteste qu'il (elle) n'est pas actuellement apte**

Fait à _____ le _____

Signature et cachet (visible et lisible) _____

Contact Médical **(uniquement à l'usage des médecins) – Dr Catherine AMREIN – 06 85 76 35 11**

TRANS-FORME

FICHE DECLARATIVE

A renseigner par tous les et à retourner au siège de Trans-Forme
au plus tard le vendredi 2 septembre 2022

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ans Taille ____ m _____ Poids _____ kg

Sports pratiqués : _____

En compétition : _____

Présentez-vous une ou des allergies : ○ Oui ○ Non

A quel médicament ou substance (sparadrap…) : _____

Lors des 12 derniers mois, vous êtes-vous déjà présenté(e) pour une visite d'aptitude au sport et/ou compétition (date, lieu, nom du médecin) ? ○ Oui ○ Non

Lors des 12 derniers mois, présentez-vous ou avez-vous présenté la ou les maladies suivantes :

- Cardio-vasculaire (angor, infarctus, insuffisance cardiaque, arythmie, hypertension, phlébite, embolie pulmonaire)
  Si oui, laquelle : _____
- Pulmonaire (asthme, pneumothorax …), si oui, laquelle : _____
- Neurologique (épilepsie, accident vasculaire cérébral…), si oui, laquelle : _____
- Endocrinienne (diabète, hypo ou hyperthyroïdie…), si oui, laquelle : _____
- Digestive (ulcère, gastrite, colopathie…), si oui, laquelle : _____
- Hématologique (hémophilie, maladie de Willebrand…), si oui, laquelle : _____
- Autres (spasmophilie, tétanie…), si oui, laquelle : _____

Avez-vous connaissance d'une maladie grave dans votre famille (mort subite, infarctus, attaque cérébrale…) : ○ Oui ○ Non

_____

Avez-vous présenté durant les 12 derniers mois :

- Malaises, vertiges, perte de connaissance, douleurs, ou autre signe à l'effort ou au repos
- Essoufflement de plus de 10 minutes après un effort
- Troubles cardiaques, HTA
- Maladie broncho-pulmonaires, asthme, pneumothorax
- Troubles lipidiques, diabète
- Troubles visuels, myopie, traumatisme, port de lunette ou de lentille
- Problèmes psychiatriques
- Autres : _____

Prenez-vous actuellement des médicaments ou des substances illicites ? ○ Oui ○ Non

Suivez-vous un traitement régulier ? ○ Oui ○ Non

Si oui, lequel : _____

Consommez-vous de l'alcool de manière importante ? ○ Oui ○ Non

Êtes-vous fumeur ? ○ Oui ○ Non

Avez-vous été hospitalisé (si oui, indiquer le motif) durant les 12 derniers mois ? ○ Oui ○ Non

Si oui, pour quel motif : _____

Votre attention est attirée sur le fait que tout symptôme à l'effort peut être éventuellement grave et doit être déclaré à votre médecin ; de plus tout effort intense doit être évité en période fébrile ou grippale.

Je soussigné(e) ..... déclare avoir répondu de façon sincère aux questions et ne pas avoir connaissance de troubles de santé autres que ceux signalés. Toute fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et engagerait la responsabilité du postulant.

Fait à _____ le _____ Signature