



Match de Football

Vendredi 11 mai 2012 à 20h30
Stade Léo Lagrange de Cachan

Transplant Football Team
VS
Foot du Monde



DOSSIER D'INSCRIPTION

Ouvert à tous

Jeunes, adultes et séniors, débutants et confirmés

Venez participer !

SOMMAIRE

Dates importantes	p 3
Informations Générales	p 4
Bulletin de participation – PAR – JOUEUR	p 8
Fiche signalétique (pour le joueur transplanté ou dialysé) – SIG –	p 9
Fiche sanitaire de liaison / Mineur – MIN –	p 10
Autorisation parentale – AP – pour les mineurs	p 12
Dossier médical (attestation d'entraînement, certificats de type M1 et M2)	p 13

Est joint à ce dossier un bulletin d'adhésion à l'association Trans-Forme pour l'année 2012

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 MERCREDI 25 AVRIL 2012

- **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)**

VEUILLEZ RETOURNER SVP AU BUREAU AVANT LE VENDREDI 4 MAI 2012

Pour les joueurs, le dossier médical (attestation d'entraînement du participant, certificats de type M1 et de type M2 et copie du test d'effort) entièrement complété et signé par les médecins et tamponné de leur cachet.

**Association Trans-Forme
66 boulevard Diderot
75012 PARIS**

1. INFORMATIONS GENERALES

- L'association TRANS-FORME est heureuse d'organiser un **match amical de la « Transplant Football Team » contre l'équipe « Foot du Monde »**, association d'amis journalistes.
- Les footballeurs transplanté(e)s et dialysé(e)s de Trans-Forme motivé(e)s et en bonne santé physique rencontreront une équipe de passionnés **le vendredi 11 mai 2012 à 20h30 sur la pelouse du stade Léo Lagrange de Cachan** (plan d'accès ci-après).
- **Objectif du match** : offrir aux spectateurs un joli match mais également de sensibiliser le public au don d'organes via le sport le plus populaire en France.

2. REGLEMENT

Pour pouvoir participer, chaque joueur doit :

- Soit être transplanté depuis au moins 6 mois et porteur d'un greffon fonctionnant normalement, soit être dialysé. Les greffés de moelle osseuse (à l'exclusion des autogreffes) peuvent participer.
- Satisfaire aux pré-requis 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 20 €** (à l'ordre de Trans-Forme) pour confirmation de l'inscription (chèque non encaissé retourné au joueur après le match OU encaissé à défaut de présence au match).

3. EQUIPEMENTS DE LA TRANSPLANT FOOTBALL TEAM

Les joueurs de l'équipe bénéficieront d'un équipement complet : 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 :

- Pas de tacle idéalement
- Pas de mur pour les coups francs idéalement

5. RENDEZ-VOUS – VENDREDI 11 MAI 2012

Le match se déroulera sur la **pelouse du stade Léo Lagrange de Cachan le vendredi 11 mai 2012 à 20h30**.

L'équipe se retrouvera donc dès 18h30 au stade dans une salle dédiée (précision ultérieure) où une restauration rapide sera disponible et pour un briefing du capitaine et du coach, distribution des maillots, etc. puis aura lieu un échauffement collectif sur le stade.

6. ENCADREMENT MEDICAL ET SECURITE

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

7. CONDITIONS MEDICALES REQUISES

Pour être autorisé à participer, le joueur transplanté ou dialysé doit satisfaire aux pré-requis médicaux de Trans-Forme.

Attention : Tout participant dont le dossier d'inscription complété et signé n'aura pas été reçu au bureau de Trans-Forme, impérativement avant le vendredi 20 avril 2012, ne sera pas autorisé à participer au match. Pour ce qui concerne les éléments médicaux (attestation d'entraînement + M1 + M2 & test d'effort), un délai jusqu'au mercredi 2 mai 2012 est accordé.

Non autorisation de participer au match pour raisons médicales

A tout moment et notamment le jour J, l'équipe médicale de Trans-Forme peut être amenée à refuser à un participant la possibilité de concourir lors du match. 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 « Accident Corporel » et « Assistance Voyages ».

9. TRANSPORT

Il ne sera pas organisé de départ collectif à partir de Paris.

L'adresse du **stade Léo Lagrange** est la suivante : **25 avenue de l'Europe 94230 Cachan**

a- Accès par la route - Voiture et covoiturage

Voici le plan interactif de la ville de Cachan : <http://cachan.plan-interactif.com/>

Cachan est à :

- 12 km du centre de Paris et 9 km de la gare Montparnasse (20 min environ)
- 375 km de Nantes (4h environ)
- 230 km de Lille (2h40 environ)
- 490 km de Strasbourg (5h environ)
- 455 km de Lyon (4h15 environ)

b- Accès par le train , transports en commun et par avion

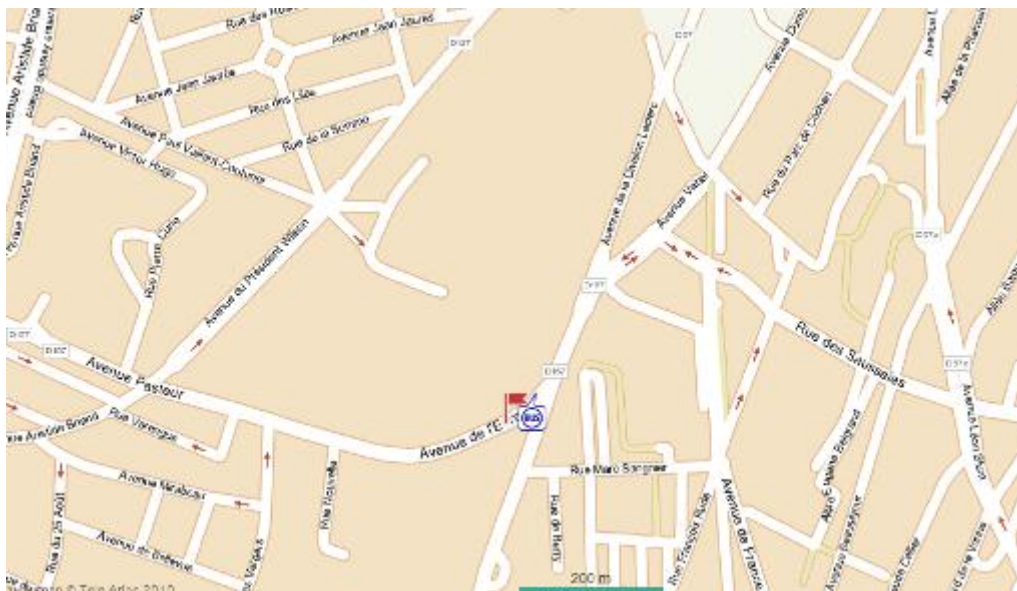
Par le Train : Gare Montparnasse

Renseignements SNCF : +0033 36 35

- Par TGV : <http://www.voyages-sncf.com>
- Par TER : <http://www.ter-sncf.com>

Par les transports en commun :

- Métro : **ligne 4** – direction **Porte d'Orléans** jusqu'à l'arrêt **Porte d'Orléans**
- Puis prendre le **bus n° 187** direction **Charcot-Zola** jusqu'à **La Plaine** (17 min environ)



OU

- RER : **ligne B** – direction **Massy-Palaiseau** jusqu'à l'arrêt **Bagneux** (10 min environ)
- Puis marcher jusqu'au stade (15 min environ)



Par Avion :

L'aéroport d'Orly est à moins de 40 min de Cachan.

10. 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 au don 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 2012 est de 20€. 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.

11. 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.

12. INSCRIPTIONS - RENSEIGNEMENTS ET INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Auprès du bureau de Trans-Forme de 9h30 à 12h30 et de 14h à 18h00 par téléphone au 01 43 46 75 46 ou par mail auprès de Melle Anaïs Garnier : football@trans-forme.org

A retourner impérativement avant le vendredi 20 avril 2012

JOUEUR/EUSE

M. Mme. Mlle

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

J'arriverai et partirai de Cachan - le vendredi 11 mai 2012

• Avec mon véhicule personnel : OUI NON

Si oui, j'accepte de co-voiturer (nombre) personnes, le,
au départ de (ville), et retour le, à(ville)

• Souhaite me rendre à Cachan idéalement avec le véhicule d'une autre personne : OUI NON
(en co-voiturage)

• Par le train : OUI NON
Préciser : horaire d'arrivée et de départ en gare de Montparnasse/Lyon/St Lazare/Est/Nord

• Par l'avion : OUI NON
Préciser : horaire d'arrivée et de départ à l'aéroport d'Orly / CDG

FICHE SIGNALÉTIQUE / SIG

A retourner impérativement par les transplantés et les dialysés avant le vendredi 20 avril 2012

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

Votre centre de transplantation ou de dialyse :

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Votre médecin : Son téléphone :

Traitement habituel :

Allergies ou médicaments interdits :

Régime particulier :

En cas d'urgence, prévenir :

NOM : Prénom :

Téléphone :

Médecin : Tél :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / MINEUR – MIN

A compléter par les parents, et à retourner impérativement avant le vendredi 20 avril 2012

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le match de l'enfant ou l'adolescent. Cette fiche vous évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

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 :

- | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Angines | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Otites |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rhumatismes | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> 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 une photocopie et les médicaments pour la durée du match.

Merci d'indiquer également l'heure précise de prise de chaque médicament.

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

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 e 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 vendredi 20 avril 2012

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 organisé par Trans-Forme, et qui se déroulera le vendredi 11 mai 2012 à Cachan,
- accepte pour celui-ci/celle-ci les règles nécessaires au bon déroulement du match, et autorise le responsable de Trans-Forme à prendre, le cas échéant, toute décision s'avérant nécessaire,
- autorise également le médecin 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 : _____

ATTESTATION D'ENTRAINEMENT DU PARTICIPANT

**A retourner impérativement avant vendredi 20 avril 2012
Attention : à remplir par tous les joueurs transplantés ou dialysés**

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

	Nom du médicament	Fréquence/ 24 heures	Doses
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Fait à _____ le _____

Nom, Prénom et Signature _____

**CERTIFICAT-TYPE M1 DU MEDECIN QUI VOUS SUIT
EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE**

**A retourner impérativement avant le mercredi 2 mai 2012
*Attention : valable pour tous les joueurs transplantés ou dialysés***

Le présent certificat médical est important pour l'organisateur pour appréhender la forme physique des joueurs.
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 : _____

DATE DE LA MANIFESTATION : _____

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

certifie que l'état de santé de M. - Mme - Mlle _____

né(e) le _____

❖ **Dialysé(e)** depuis le _____

❖ **Transplanté(e)** (1) de _____ le _____

- **Pour les transplantés de cœur**, indiquez la date de la dernière coronarographie ou échographie de stress :

- **Pour les transplantés de poumon**, indiquez la date de la dernière EFR :

- Taux d'hématocrite _____ %

- Taux d'hémoglobine _____ g%ml

- Taux de créatinine _____ $\mu\text{mol/l}$

- Le traitement en cours :

- Immuno-Suppresseur : _____

- Anti-Hypertenseur : _____

*** ne présente pas de contre indication apparente à la pratique de l'activité physique y compris en compétition. (1)**

*** présente actuellement une contre-indication. (1)**

Fait à _____ le _____

Signature et cachet _____

(1) *Rayer la mention inutile*

**CERTIFICAT-TYPE M2 DU CARDIOLOGUE OU MEDECIN DU SPORT,
OU DU MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE**

A retourner impérativement avant le mercredi 2 mai 2012

Attention : valable pour les activités à coût énergétique moyen ou fort – test d'effort obligatoire

Attention, l'épreuve d'effort doit dater de moins de 4 mois avant la date du match pour les dialysés et transplantés de cœur et cœur-poumon, et de moins de 6 mois avant la date du match pour les autres transplantés.

NOM DE LA MANIFESTATION : _____

DATE DE LA MANIFESTATION : _____

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

1. déclare avoir pris connaissance de l'épreuve d'effort, de la N.F.S. et du profil tensionnel d'effort

effectués pour M. - Mme – Mlle (1) _____

datant de (2) : _____

Concernant les résultats de l'épreuve d'effort, doivent impérativement être indiqués:

- le traitement en cours :
- la date de l'Epreuve d'Effort :
- le Puissance Maximale tolérée et la durée :
- le % de Fréquence Maximale Théorique :
- la cause de l'arrêt de l'effort :
- le résultat du tracé ECG d'effort (1) : sans anomalie - avec anomalie
- la tension artérielle au repos et maximale :

2. 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 :
- de l'ECG de repos (à joindre si possible) : _____
- du test de flexions (30 flexions en 40 secondes) indice de RUFFIER : _____ (0 à 15)
- tension artérielle maximale : _____ mmHg
- tension artérielle 1 minute reçu : _____ mmHg
- du taux d'hémoglobine : _____ g/ml
- du taux d'hématocrite : _____ %
- pour le transplanté, du taux de créatinine : _____ μmol/l

3. et 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) :

- _____ en loisir – en compétition (1)
- _____ en loisir – en compétition (1)
- _____ en loisir – en compétition (1)
- _____ en loisir – en compétition (1)

4. et atteste qu'il (elle) n'est pas actuellement apte (1)

Fait à _____ le _____ Signature et cachet _____

(1) rayer la mention inutile

(2) Attention, l'épreuve d'effort doit dater de moins de 4 mois avant la date du match pour les dialysés et transplantés de cœur et cœur-poumon, et de moins de 6 mois avant la date du match pour les autres transplantés.