



Ouverts à tous !
Jeune, adultes et seniors, débutants et confirmés...
et leurs accompagnateurs

Rejoignez l'équipe de France !

Athlétisme, badminton, tennis de table, cyclisme, bowling, natation,
pétanque, golf, tennis, volleyball, mini marathon et fléchettes.

DOSSIER D'INSCRIPTION

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

INFORMATIONS GENERALES

Nous avons le grand plaisir de vous annoncer les Jeux Européens des Transplantés & Dialysés, avec le soutien du Ministère des Sports, RTE, Novartis, Spirig, Fresenius Medical Care et SAS Institute.

Les Jeux Européens des Transplantés & Dialysés constituent un événement multisports, placé sous l'égide de l'ETDSF « the European Transplant and Dialysis Sport Federation » et organisé par l'association Croate « Croatian Transplant Association », qui se déroule **du jeudi 16 au samedi 25 août 2012 à Zagreb en Croatie.**

Les inscriptions de l'équipe de France sont coordonnées par Trans-Forme et seront les seules reconnues par le comité local d'organisation de Zagreb.

Pour toute question, nous vous proposons de vous adresser à Anaïs Garnier (01 43 46 75 46) :

anaisgarnier@trans-forme.org

1. INSCRIPTION DES COMPETITEURS

Les jeux sont ouverts **aux transplantés** depuis au moins 1 an (à la date de la cérémonie d'ouverture des jeux) et porteur d'un greffon fonctionnant normalement. Les greffés de moelle osseuse (à l'exclusion des autogreffes) peuvent participer. La fonction de l'organe greffé doit être stable. Le greffé doit de plus être exempt de complications significatives en rapport avec l'immunosuppression ou l'insuffisance d'organe chronique.

Ils sont également ouverts **aux dialysés** depuis au moins 6 mois (à la date de la cérémonie d'ouverture des jeux). Des séances de dialyse seront organisées en cohérence avec le programme sportif.

2. INSCRIPTION DES AUTRES PARTICIPANTS

Les participants suivants (autres que les compétiteurs mentionnés ci-dessus) peuvent souscrire au forfait « JEUX » qui comprend l'hébergement, la restauration, les transferts sur place et les événements extra-sportifs :

- les accompagnateurs
- les officiels (médecin, infirmière, kiné, ...)
- les donateurs
- les membres de famille ayant fait acte de don
- etc.

3. FRAIS D'INSCRIPTION

Malgré les difficultés de partenariats pour des manifestations se déroulant hors du territoire, et en particulier pour les jeux européens, nous proposons néanmoins et comme d'habitude, un prix d'inscription subventionné incluant l'inscription aux jeux, l'équipement des compétiteurs, 2 nuits supplémentaires sur place (pour acclimatation et tourisme), etc. :

- **690€** pour les compétiteurs adultes (18 ans et +)
- **580€** pour les compétiteurs mineurs de 13 à 17 ans
- **480 €** pour les compétiteurs mineurs de 4 à 12 ans
- **580€** pour les 1ers accompagnateurs adultes
- **650€** pour les 2èmes accompagnateurs adultes
- **405 €** pour les accompagnateurs mineurs de 4 à 17 ans

Nous avons conscience d'un coût qui reste élevé malgré les efforts de Trans-Forme : cependant le prix de participation des compétiteurs et accompagnateurs est subventionné par Trans-Forme à hauteur de 5% environ pour les compétiteurs adultes et de 12 à 18% pour les compétiteurs mineurs, et reste pour les premiers accompagnateurs inférieur ou égal au prix coûtant variable proposé par le comité d'organisation local.

4. CONDITIONS DE REGLEMENT

- **Avant le vendredi 4 mai 2012** : Un acompte de 40 % doit avoir été reçu par le bureau de Trans-Forme **avec le dossier d'inscription**. Toute inscription sans l'acompte sera refusée.
ATTENTION : SANS RECEPTION DE VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION A CETTE DATE, NOUS NE POURRONS PAS MALHEUREUSEMENT PRENDRE EN COMPTE VOTRE INSCRIPTION.
- **Avant le vendredi 8 juin 2012** : Le solde des frais d'inscription et la totalité des éléments médicaux (certificats et test d'effort le cas échéant) doivent avoir été reçus par le bureau de Trans-Forme.

5. PROCESSUS D'INSCRIPTION

Tous les membres de l'équipe de France, compétiteurs ou accompagnateurs, doivent être adhérents de Trans-Forme.
Attention : **Votre inscription ne sera définitive qu'après réception de votre dossier d'inscription complet.**

Pour vous inscrire, vous devez :

- Etre à jour de votre cotisation pour l'année 2012
- Avoir retourné votre dossier d'inscription accompagné des frais d'inscription au bureau de Trans-Forme, dans les délais
- Satisfaire aux pré-requis médicaux et fournir un dossier médical complet
- Etre en bonne condition physique (c'est très important !)

Pour participer aux Jeux Européens :

Sauf dérogation expresse, et sauf pour les nouveaux adhérents, nous vous rappelons qu'un préalable à l'inscription est d'avoir participé à au moins un événement organisé par Trans-Forme depuis les Jeux Nationaux d'Hiver des Transplantés et Dialysés en 2011 pour pouvoir faire partie de l'équipe de France des Transplantés et Dialysés lors des prochains Jeux Européens.

Précautions médicales :

Attention : Tout participant compétiteur dont le dossier médical complet n'aura pas été reçu au bureau de Trans-Forme, impérativement avant le vendredi 8 juin 2012, ne sera pas autorisé à participer aux épreuves des Jeux Européens.

Les médecins de Trans-Forme puis le Comité d'Organisation Local valideront tous les certificats médicaux pour assurer la bonne santé de chacun pour la participation.

A tout moment, l'équipe médicale du Comité d'Organisation peut être amenée à refuser à un participant l'autorisation de concourir dans une ou plusieurs épreuves.

Conditions d'annulation :

Trans-Forme remboursera le forfait d'inscription (droit d'engagement et frais d'inscription), selon les barèmes ci-dessous, **pour raisons médicales exclusivement**, et ce sur présentation d'un certificat médical confirmant la nature de la maladie :

Jusqu'au 15 juin 2012 (inclus)	Remboursement intégral
Du 16 juin au 17 juillet 2012 (inclus)	Remboursement de 35% du forfait d'inscription
A partir du 18 juillet 2012	Pas de remboursement

Sauf raisons médicales, aucun remboursement ne sera effectué.

Trans-Forme incite vivement les compétiteurs à s'assurer individuellement en cas d'annulation de leur participation aux Jeux Européens des Transplantés et Dialysés 2012 pour raisons médicales.

6. ACCUEIL, INSTALLATION

Les participants de l'équipe de France arriveront le jeudi 16 août 2012 et seront accueillis par le comité d'organisation local pour la remise des clés des hébergements. Aussitôt après avoir été accueilli(e), les participants iront s'installer dans leur chambre au lieu indiqué par l'organisation lors de l'accueil.

Le Team Manager accueillera l'équipe de France à l'occasion d'un briefing de l'équipe de France le jeudi 16 août à 21h à Zagreb (lieu précisé ultérieurement).

7. CEREMONIE D'OUVERTURE

La cérémonie d'ouverture des jeux se déroulera le samedi 18 août 2012.

8. HEBERGEMENT

a- Généralités - Appartement - Campus universitaire

Les participants seront hébergés 9 nuits (nuits du jeudi 16 au vendredi 24 août incluses), en appartements 2 personnes équipés d'une cuisine.

Important : Le choix de répartition dans les chambres est laissé à l'appréciation de Trans-Forme en fonction de l'ordre d'inscription et des souhaits exprimés que Trans-Forme essaiera de respecter dans la limite des possibilités.



b- "Check-out"

La restitution des appartements devra se faire le samedi 25 août.

c- Option : Nuit supplémentaire payante

Il est possible de réserver une nuit supplémentaire en Bed & Breakfast le samedi 25 août.

9. RESTAURATION

Une restauration variée sera servie aux participants du vendredi 17 août au samedi 25 août :

- Petits déjeuners du vendredi 17 août au samedi 25 août (inclus)
- Déjeuners du samedi 18 août au vendredi 24 août (inclus)
- Diners du samedi 18 août au vendredi 24 août (inclus)

Attention : Les jeudi 16 août et vendredi 17 août : les dîners sont libres à la charge des participants.

10. ASSURANCES

a- « Responsabilité Civile organisateur »

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

b- « Accidents Corporels » et « Assistance Voyages » adhérent

Trans-Forme contracte pour chacun de ses adhérents une assurance « Accidents Corporels » et « Assistance Voyages » (frais de transport, soins médicaux à l'étranger, rapatriement, retour prématuré etc.) : Le résumé des garanties dont vous bénéficiez automatiquement dans l'adhésion vous sera transmis ultérieurement.

11. SPORTS

a- Programme prévisionnel des épreuves et des activités extra sportives

Merci de vous référer au programme complet joint ci-après.

b- Epreuves

Nombre maximum d'épreuves : les compétiteurs peuvent participer à 5 épreuves individuelles maximum (relais d'athlétisme et natation en sus, le cas échéant). *Il est cependant recommandé à chacun de mesurer ses capacités physiques pour éviter de s'inscrire dans un trop grand nombre d'épreuves.*
Lors du choix des épreuves, merci de ne pas s'inscrire à 2 épreuves incompatibles.

Les annulations de dernière minute seront toujours possibles, notamment pour raison médicale. Les compétiteurs désirant annuler leur inscription à une épreuve, devront le signaler le plus tôt possible au bureau de Trans-Forme ou directement sur place auprès du Team Manager le plus tôt possible.

Attention : un certain nombre d'activités sont incompatibles les unes avec les autres.

Voici la liste des incompatibilités d'épreuves de la semaine :

- Dimanche : Cyclisme / Volleyball / Fléchettes
- Lundi : Natation / Tennis de table
- Mardi : Golf / Badminton / Tennis
- Mercredi : Bowling / Mini marathon
- Jeudi : Athlétisme (certaines épreuves) / Pétanque

Attention : Aucun changement d'inscriptions sportives ne sera possible après le vendredi 8 juin 2012.

c- Organisation et animation des épreuves, « Captain » Equipe de France

Chaque épreuve sportive est organisée et animée par le club sportif compétent dans la discipline selon les directives du Comité d'Organisation Local.

Le « team manager » ne peut pas être sur tous les sites en même temps pendant une compétition : un « captain » pour telle ou telle discipline ou épreuve sera désigné pour le représenter.

d- Catégories d'âge

C'est l'âge du participant au jour de la Cérémonie d'Ouverture qui s'applique.

Pour chaque épreuve (hommes ou femmes), les performances des transplantés (tous organes) donnent lieu à deux classements distincts.

Les compétiteurs concourent selon les catégories d'âge suivantes:

- | | |
|------------------|------------------|
| - 5 ans et moins | - 30 - 39 ans |
| - 6 - 8 ans | - 40 - 49 ans |
| - 9 - 11 ans | - 50 - 59 ans |
| - 12 - 14 ans | - 60 - 69 ans |
| - 15 - 17 ans | - 70 ans et plus |
| - 18 - 29 ans | |

e- Jeunes non accompagnés

Pour ces jeunes, une décharge parentale de responsabilité devra être remplie et retournée à Trans-Forme.

f- Règlement des épreuves

Le règlement général des épreuves figure ci-joint.

12. DRAPEAUX

Nous recommandons à chaque membre de l'équipe d'apporter un petit drapeau national avec eux pour les parades des cérémonies d'ouverture et de clôture.

13. EQUIPEMENT

Un équipement officiel sera fourni aux compétiteurs de l'Equipe de France, pour les cérémonies et défilés officiels. Cet équipement est proposé aux accompagnateurs qui le demandent, au tarif précisé dans la fiche d'information FIC - accompagnateur ci-après.

14. DROITS D'IMAGE PHOTO ET VIDEO

En s'inscrivant aux Jeux Européens, les participants autorisent le Comité d'Organisation et Trans-Forme à utiliser toute image ou film provenant des Jeux, qui s'avèrerait utile pour promouvoir les dons d'organes ou/et les Jeux Mondiaux.

Tout support photo ou vidéo pendant les Jeux Européens 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).

15. TRANSPORTS

Le présent dossier d'inscription n'inclut pas le transport pour Zagreb, nous vous invitons à réserver rapidement un transport aller / retour par vos propres moyens.

Zagreb est facilement accessible par avion. L'aéroport de Zagreb permet un accès facile à la ville. Plus d'information via les liens suivants :

- Croatia Airline: <http://www.croatiaairlines.com>
- Travelling in Europe Information : http://europa.eu/travel/index_fr.htm

16. PASSEPORT – VISAS

Il incombe à chaque participant de vérifier qu'il /elle a bien une carte d'identité ou un passeport, en cours de validité à la date des Jeux. Un passeport périmé n'est pas accepté. Pour les français, le visa n'est pas obligatoire.

17. AUTORISATION DE SORTIE DE TERRITOIRE

Un enfant mineur non accompagné, s'il voyage avec une carte d'identité uniquement, doit impérativement être muni d'une autorisation de sortie du territoire signée par le responsable légal.

En revanche : Un passeport personnel permet au mineur de voyager hors de France sans avoir besoin de présenter un autre document.

Info : <http://vosdroits.service-public.fr/F1359.xhtml>

18. MEDICAMENTS

Pensez à vos médicaments et à emporter vos ordonnances ! Vous devez impérativement disposer sur vous de votre prescription médicale (idéalement en anglais et en français) attestant de l'obligation/du droit de détenir ces médicaments.

19. REGLES DE COMPORTEMENT EN EQUIPE DE FRANCE

Les jeux se déroulent dans un esprit sportif et festif extraordinaire et porter les couleurs de la France est un privilège pour nos membres. Il est important de se rappeler en toutes occasions que la délégation Trans-Forme représente notre pays et ses valeurs à l'étranger.

20. JOURNEE DE DECOUVERTE CULTURELLE

Une journée de découverte culturelle est offerte, et proposée entre le dimanche 19 et le jeudi 23 août incluant billet d'entrée, transport et restauration.

Au choix :

- Parc national des lacs de Plitvice
- Château de Trakoscan et Tour Varzdin.

21. SYMPOSIUM

Un symposium international se déroulera du 17 au 20 août à Zagreb sur :

- l'impact des organisations solidaires pour promouvoir le don d'organes auprès du grand public
- des exemples de succès de certains modèles nationaux de transplantation
- l'impact de l'activité physique sur la santé et la qualité de vie des transplantés et dialysés
- etc.

22. SITES INTERNET UTILES

- Trans-Forme : www.trans-forme.org
- Comité d'Organisation Local Croate : <http://www.etdg2012zagreb.com>
- European Transplant & Dialysis Sport Federation : www.etsdf.org

INFORMATIONS SPECIFIQUES

FORFAIT D'INSCRIPTION DE BASE (sans aérien)

a) Compétiteur adulte	690€
b) Compétiteur mineur 13 - 17 ans	580€
c) Compétiteur mineur 4 - 12 ans	480€
d) 1er Accompagnateur adulte	580€
e) 2ème Accompagnateur adulte	650 €
f) Accompagnateur mineur (4 – 17 ans)	405 €
g) Accompagnateur mineur de moins de 4 ans	0 €

OPTIONS

h) Nuit supplémentaire B&B – nuit du samedi 25 août (par personne)	25€
i) Equipement accompagnateur (polo + pantalon)	90€

Le règlement total devra nous parvenir **impérativement** pour le vendredi 8 juin 2012.

Le forfait comprend :

- La cotisation individuelle à l'ETDSF
- L'hébergement les nuits du jeudi 16 au vendredi 24 août inclus
- Les déjeuners du samedi 18 au vendredi 24 août inclus
- Les petits déjeuners du vendredi 17 au samedi 25 août inclus
- Les diners du samedi 18 au vendredi 24 août inclus
- La cérémonie d'Ouverture & le dîner de Gala
- Une journée de découverte culturelle offerte et proposée par les organisateurs locaux entre le dimanche 19 et le jeudi 23 août (Au choix : Parc national des lacs de Plitvice ou Château de Trakoscan et Tour Varzdin)
- L'accès aux épreuves et aux activités extra sportives
- Les éventuels transferts sur place jusqu'aux hébergements et sites sportifs
- Le transfert depuis les aéroports pour ceux qui viendront à Zagreb en avion.
- Les transferts vers les centres de dialyse
- L'équipement officiel de l'équipe de France (pour les compétiteurs uniquement)
- L'assurance « Responsabilité Civile », « Accidents Corporels » et « Assistance Voyages » (pour les adhérents)

ATTENTION, le forfait de base ne comprend donc pas :

- L'adhésion 2012 à l'association Trans-Forme (obligatoire)
- Les frais de dialyses, le cas échéant
- Le cas échéant, la nuit du 25 au 26 août 2012 avec petit-déjeuner : en option – cf. bulletin de règlement ci-joint
- l'équipement officiel de l'équipe de France pour les accompagnateurs : en option – cf. bulletin de règlement ci-joint
- Le transport Aller-Retour Domicile/Zagreb
- Les extras et dépenses personnelles

BULLETIN D'INSCRIPTION / BUL

INFORMATIONS PERSONNELLES

Titre : ☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ Sexe : ☐ M ☐ F

Numéro de Passeport ou de Carte d'Identité : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone du domicile : _____

Téléphone professionnel : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Contact d'urgence – nom/prénom : _____ Tél. : _____

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

Indiquer la dernière participation à une action de Trans-Forme : _____

Souhaite recevoir un avis de sélection, afin de procéder à des démarches personnelles de recherche de partenaires :
☐ OUI ☐ NON

INFORMATIONS TRANSPORT

Arrivée - Date : _____ Heure : _____ Lieu d'arrivée : _____

Départ - Date : _____ Heure : _____ Lieu de départ : _____

Type de voyage

☐ Avion + navette des Jeux
☐ Train

☐ Avion + voiture
☐ Voiture

☐ Bus

Voyage en avion

Arrivée - Aéroport de : _____

Compagnie aérienne : _____ n° du vol : _____

Départ - Aéroport de : _____

Compagnie aérienne : _____ n° du vol : _____

BULLETIN D'INSCRIPTION / BUL (suite)

HEBERGEMENT

Les participants seront répartis dans des appartements d'une capacité de 2 lits.

Type de chambre	Date d'arrivée	Date de départ	Affinités éventuelles (nom et prénom)
Twins (2 lits simples pour 2 pers.)			
Double (1 lit double pour 2 pers.) <i>idéalement</i>			

La nuit supplémentaire avec petit-déjeuner du samedi 25 au dimanche 26 août peut être réservée en supplément à hauteur de 25€ par personne (cf. bulletin de règlement REG ci-après).

BESOINS SPÉCIFIQUES

Régime alimentaire particulier (ex: végétarien, diabétique) : _____

Assistance particulière : _____

Autre besoin (précisions) : _____

Tee-shirt officiel des Jeux (les tee-shirts seront en tailles Homme, merci de cochez la taille de T-shirt souhaitée) :

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ XS (Extra Small) | ☐ L (Large) | ☐ XXXL (Extra Extra Extra Large) |
| ☐ S (Small) | ☐ XL (Extra Large) | |
| ☐ M (Médium) | ☐ XXL (Extra Extra Large) | |

FICHE D'INFORMATION / FIC – COMPETITEUR

Tous les compétiteurs doivent avoir retourné leur dossier médical ci-après complet avant le vendredi 8 juin 2012.

INFORMATIONS MEDICALES

Type de Transplantation :

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Rein | ☐ Foie | ☐ Cœur | ☐ Rein + Pancréas |
| ☐ Poumon | ☐ Cœur + poumon | ☐ Pancréas | ☐ Rein + Foie |
| ☐ Moelle osseuse | ☐ Rein + Cœur | ☐ Autre (spécifier): _____ | |

Ou Type de Dialyse :

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| ☐ Auto dialyse Péritonéale | ☐ Dialyse intra péritonéale continue | ☐ Hémodialyse |
|---|---|--------------------------------------|

EQUIPEMENT SPORTIF

L'équipement officiel « compétiteur » pour les cérémonies et défilés officiels sera adressé aux compétiteurs avant leur départ tel que précisé dans le bulletin d'inscription - BUL.

Cet équipement se compose d'un pantalon et d'un polo. Merci de préciser vos tailles Haut/Bas :

Haut

- ☐ S (Small)
- ☐ M (Médium)
- ☐ L (Large)
- ☐ XL (Extra Large)
- ☐ XXL (Extra Extra Large)

Bas

- ☐ S (Small)
- ☐ M (Médium)
- ☐ L (Large)
- ☐ XL (Extra Large)
- ☐ XXL (Extra Extra Large)

FICHE D'INFORMATION / FIC – COMPETITEUR (suite)

INSCRIPTIONS SPORTIVES

Chaque sportif peut choisir au maximum 5 épreuves individuelles (relais athlétisme et natation en sus, le cas échéant).
Veuillez cocher les cases correspondant à vos choix et compléter le nom et prénom du partenaire le cas échéant :

Il n'est pas possible de participer à 2 épreuves qui se déroulent le même jour.

A/ ADULTES (18 ans et +)

DISCIPLINE	DATE	EPREUVE ADULTE	mettre une croix	PARTENAIRE (le cas échéant) <i>Remplir un partenaire par case</i>
Volleyball	Dimanche 19 août	Open Team		
Cyclisme	Dimanche 19 août	5km contre la montre		
		20km sur route		
Fléchettes	Dimanche 19 août	Simple		
		Triple (dont 1 femme minimum)		
Tennis de table	Lundi 20 août	Simple		
		Double		
		Double mixte		
Natation	Lundi 20 août	50m nage libre		
		100m nage libre		
		200m nage libre		
		400m nage libre		
		50m Brasse		
		100m Brasse		
		50m Dos		
		100m Dos		
		50m Papillon		
		100m Papillon		
		200m Individuel 4 nages		
		Relais 4 x 50m nage libre		
		Relais 4 x 50m 4 nages		
Tennis	Mardi 21 août	Simple		
		Double		
		Double mixte		
Badminton	Mardi 21 août	Simple		
		Double		
		Double mixte		
Golf	Mardi 21 août	Golf		
Bowling	Mercredi 22 août	Simple		
		Double		
		Double mixte		

FICHE D'INFORMATION / FIC – COMPETITEUR (suite)

DISCIPLINE	DATE	EPREUVE ADULTE	mettre une croix	PARTENAIRE (le cas échéant) <i>Remplir un partenaire par case</i>
Mini Marathon	Mercredi 22 août	3km Femmes		
		5km Hommes		
Pétanque	Jeudi 23 août	Simple		
		Double		
Athlétisme	Jeudi 23 août	Saut en longueur (H)		
		Saut en hauteur (H&F)		
		Lancer de poids (H)		
		Lancer de balle (F)		
		100m		
		400m		
		1500 m		
		5km Marche (H)		
	Vendredi 24 août	200m (H&F)		
		800m (H&F)		
		3 km Marche (F)		
		Relais 4 x 100m (H&F)		
		Lancer de balle (H)		
		Lancer de poids (F)		
		Saut en longueur (F)		
		Lancer de disque (H&F)		

B/ JUNIORS (12 - 17 ans)

Rappel : Chaque sportif peut choisir au maximum 5 épreuves individuelles (relais athlétisme et natation en sus, le cas échéant). Veuillez cocher les cases correspondant à vos choix et compléter le nom et prénom du partenaire le cas échéant : **Il n'est pas possible de participer à 2 épreuves qui se déroulent le même jour.**

DISCIPLINE	DATE	EPREUVE JUNIOR	mettre une croix
Fléchettes	Dimanche 19 août	Simple	
Natation	Lundi 20 août	50m nage libre	
		100m nage libre	
		200m nage libre	
		50m Brasse	
		50m Dos	
		50m Papillon	
Tennis de table	Lundi 20 août	Simple	
Badminton	Mardi 21 août	Simple	
Tennis	Mardi 21 août	Simple	
Bowling	Mercredi 22 août	Simple	
Athlétisme	Jeudi 23 août	Saut en longueur (H)	
		Lancer de balle (F)	
		100m	
	Vendredi 24 août	Saut en longueur (F)	

FICHE D'INFORMATION / FIC – COMPETITEUR (suite)

B/ ENFANTS (4 - 11 ans)

Rappel : Chaque sportif peut choisir au maximum 5 épreuves individuelles (relais athlétisme et natation en sus, le cas échéant). Veuillez cocher les cases correspondant à vos choix et compléter le nom et prénom du partenaire le cas échéant : **Il n'est pas possible de participer à 2 épreuves qui se déroulent le même jour.**

DISCIPLINE	DATE	EPREUVE ENFANT	mettre une croix
Fléchettes	Dimanche 19 août	Simple	
Natation	Lundi 20 août	50m nage libre	
		50m Brasse	
		50m Dos	
		50m Papillon	
Bowling	Mercredi 22 août	Simple	
Athlétisme	Jeudi 23 août	Saut en longueur (H)	
		Lancer de balle (F)	
	Vendredi 24 août	Saut en longueur (F)	
		50m	

FICHE D'INFORMATION / FIC – ACCOMPAGNATEUR (TRICE)

INFORMATIONS PERSONNELLES

Si vous êtes accompagnateur (trice), merci d'indiquer le nom du participant que vous accompagnez :

Type de participation:

- ☐ Accompagnateur adulte ☐ Accompagnateur enfant ☐ Team Manager
☐ Médecin de l'équipe ☐ Equipe médicale
☐ Média ☐ Donneur ☐ Famille de donneur ☐ Autre : _____

EQUIPEMENT SPORTIF (en option)

L'équipement équipe de France est proposé en option aux accompagnateurs au tarif de : **90€**

L'équipement officiel « compétiteur » pour les cérémonies et défilés officiels sera adressé aux accompagnateurs avant leur départ tel que précisé dans le bulletin d'inscription – BUL.

Cet équipement se compose d'un pantalon et d'un polo.

Si vous souhaitez commander cet équipement, merci de préciser votre taille Haut / Bas :

Haut

- ☐ S (Small)
☐ M (Médium)
☐ L (Large)
☐ XL (Extra Large)
☐ XXL (Extra Extra Large)

Bas

- ☐ S (Small)
☐ M (Médium)
☐ L (Large)
☐ XL (Extra Large)
☐ XXL (Extra Extra Large)

BULLETIN DE REGLEMENT COMPETITEURS & ACCOMPAGNATEURS / REG

A retourner impérativement avant le **vendredi 4 mai 2012**

Prénom : NOM :

TARIF	par pers.	Nbre	Total (euros)
Forfait d'inscription (sans aérien)			
Forfait Compétiteur adulte	690€		
Forfait Compétiteur mineur 13 - 17 ans	580 €		
Forfait Compétiteur mineur 4 - 12 ans	480 €		
Forfait 1 ^{er} Accompagnateur adulte	580€		
Forfait 2 ^{ème} Accompagnateur adulte	650 €		
Accompagnateur mineur (4 – 17 ans)	405 €		
Forfait Accompagnateur mineur de moins de 4 ans	0 €		
Option			
Nuit supplémentaire B&B – nuit du samedi 25 août	25€		
Equipement accompagnateur (chemise + polo)	90€		
TOTAL			
Acompte de 40 % à régler <u>avant le vendredi 4 mai 2012</u>			
Solde à régler <u>avant le vendredi 8 juin 2012</u> (=TOTAL – Acompte)			

J'ai bien noté que l'acompte de ma participation est à régler avant le **vendredi 4 mai 2012**. Je joins un chèque du montant indiqué ci-dessus, à l'ordre de Trans-Forme.

Trans-Forme accepte les règlements par chèques-vacances.

Rappel : Tous les participants transplantés, dialysés ou accompagnateurs doivent être adhérents. L'adhésion pour l'année 2012 est de 20€. Elle doit être réglée, le cas échéant, en sus du prix de participation **et par chèque séparé**.

Date :

Signature :

FICHE SIGNALETIQUE / SIG

A retourner impérativement par les transplantés et les dialysés avant le vendredi 4 mai 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 4 mai 2012

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 une photocopie et les médicaments 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 les Jeux (si différente de l'adresse habituelle) :

.....

Téléphone des parents ou du responsable légal pendant les Jeux (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 4 mai 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 aux 7èmes Jeux Européens des Transplantés et Dialysés organisés par Trans-Forme, et qui se dérouleront du 16 au 25 août 2012 à Zagreb,
- accepte pour celui-ci/celle-ci les règles de vie nécessaires à la bonne marche du séjour, et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute décision s'avérant nécessaire,
- autorise également les médecins du séjour 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 :** _____

DECHARGE DE RESPONSABILITE / DEC

A retourner impérativement par les transplantés et les dialysés avant le vendredi 4 mai 2012

Le comité d'organisation local (COL) donne la possibilité aux dialysés et transplantés d'exposer leurs capacités physiques et de montrer les bénéfices d'une activité sportive. Nous souhaitons que les participants participent aux Jeux sans qu'aucune activité physique n'entraîne un risque. Le COL s'efforce de réduire ces risques mais ils ne peuvent jamais être complètement éliminés.

Je soussigné, _____, atteste que :

- J'ai l'intention de participer à une activité physique aux Jeux Européens de Transplantés & Dialysés et j'ai conscience que cette participation entraîne la possibilité de blessure et j'accepte ce risque quelle que soit la nature de la blessure et de l'activité physique choisie.
- J'accepte que ma participation à toute activité physique et l'utilisation de tout équipement soit soumis à ma propre responsabilité et à mon propre jugement, basé sur mon expérience personnelle et ma propre capacité.
- J'ai lu les paragraphes ci-dessus et j'accepte, par ma participation/présence, d'assumer personnellement la responsabilité de tout dommage pour moi-même ou pour mes biens, comme conséquence de ces activités ou résultant de toute autre raison incluant la négligence, et je décharge le COL, ses agents et volontaires.
- J'ai examiné la possibilité d'effets négatifs des Jeux sur ma santé avec mon médecin qui a donné son accord pour ma participation.
- Je confirme également que je me suis entraîné pour ces compétitions et que je suis physiquement en forme.
- J'accepte d'être présenté dans les médias et d'être interviewé ou photographié dans le contexte des Jeux.
- J'accepte que mes données personnelles soient stockées dans les systèmes électroniques afin de permettre au COL d'organiser efficacement les Jeux. Le COL s'engage à protéger les données privées des participants aux Jeux. Les informations personnelles seront retenues aussi longtemps que nécessaire pour l'organisation et la mise en œuvre des Jeux.

Prénom

Nom

Date

Signature

Pays

ATTESTATION D'ENTRAINEMENT DU PARTICIPANT

A retourner impérativement avant le vendredi 8 juin 2012

Attention : à remplir par tous les compétiteurs 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 loisir" :

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 vendredi 8 juin 2012
Attention : valable pour tous les compétiteurs transplantés ou dialysés**

Le présent certificat médical est important pour le comité d'organisation local pour appréhender la forme physique des compétiteurs participant aux Jeux.

Nous vous remercions d'examiner votre patient pour savoir s'il est capable de participer aux compétitions 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 vendredi 8 juin 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 le début de la manifestation pour les dialysés et transplantés de cœur et cœur-poumon, et de moins de 6 mois avant le début de la manifestation pour les autres transplantés.

NOM DE LA MANIFESTATION : _____

DATE DE LA MANIFESTATION : _____

Coût énergétique faible	Coût énergétique moyen & fort
Marche	Escalade, Karting, Canoë, Voile, Athlétisme
Pétanque	Cyclisme , Musculation, Jogging
Golf	Volley-ball , Squash, Badminton
Tir Pistolet & carabine	Planche à voile, Natation
Tir à l'arc, s	Triathlon, Tennis , Tennis de table
Bowling , Curling	Ski de fond, Ski alpin, Biathlon

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)

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 le début de la manifestation pour les dialysés et transplantés de cœur et cœur-poumon, et de moins de 6 mois avant le début de la manifestation pour les autres transplantés.

**CERTIFICAT-TYPE M3 DU CARDIOLOGUE OU MEDECIN DU SPORT,
OU DU MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE**

**A retourner impérativement avant le vendredi 8 juin 2012
Attention : valable uniquement pour les activités à faible coût énergétique**

NOM DE LA MANIFESTATION : _____

DATE DE LA MANIFESTATION : _____

Coût énergétique faible	Coût énergétique moyen & fort
Marche	Escalade, Karting, Canoë, Voile, Athlétisme
Pétanque	Cyclisme , Musculation, Jogging
Golf	Volley-ball , Squash, Badminton
Tir Pistolet & carabine	Planche à voile, Natation
Tir à l'arc, Fléchettes	Triathlon, Tennis , Tennis de table
Bowling , Curling	Ski de fond, Ski alpin, Biathlon

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

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)
- _____ 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

Contact Médical Trans-Forme : Dr Francine Meckert – 06 14 75 54 53

FICHE DE LIAISON POUR LA DIALYSE / DIAL

**A faire compléter par le médecin de dialyse, et à retourner impérativement avant le vendredi 4 mai 2012.
Joindre la photocopie de votre carte de sécurité sociale.**

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. professionnel :

Tél. portable : Email :

Votre centre de dialyse :

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Votre médecin :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Néphropathie initiale :

Pathologie associée :

Groupe sanguin :

INSCRIPTION SUR LISTE DE TRANSPLANTATION RENALE : ☐ OUI ☐ NON

SI TRANSFUSIONS : ☐ C.G. ☐ G.G.D.P. ☐ Sang Lavé ☐ Phénotypé

TRAITEMENT MEDICAL

ANTECEDENTS MEDICAUX (Joindre résumé d'observation récent ou compte-rendu de la dernière consultation) /

IMPERATIF

.....

.....

HEMODIALYSE

Date de la 1^{ère} hémodialyse :

Mode traitement Habituel ☐ CENTRE ☐ AUTODIALYSE ☐ DIALYSES A DOMICILE

Nombre de séances : fois heures par semaine

Jours habituels de dialyse :

Générateur :

Dialyseur : Obligatoire ? ☐ OUI ☐ NON

Stérilisation.....

Membrane.....

Surface.....

Liquide de dialyse (mmol/l) : NaK.....Ca..... ☐ Acétate ☐ Bicarbonate ☐ Glucose

Connexion : ☐ Shunt ☐ Fistule ☐ Biponction ☐ Uniponction

Aiguilles : ☐ Artère n° ☐ Veine n°

Débit sang : P.V. :

Héparinisation Dose de charge :

Pendant la dialyse :

Héparinisation : ☐ Choay ☐ Roche ☐ HBPM

Médicaments en cours de dialyse :

EPO : ☐ OUI ☐ NON Type : Doses :

Kaliémie avant dialyse : Kaliémie après dialyse :

Hémoglobine : Hématocrite : Ferritine :

Poids théorique : Prise de poids habituelle :

Tension artérielle : Avant : Après :

SEROLOGIES VIRALES (Résultats / Dates)

Antigène H.B.S. : Anticorps H.B.S. :

Anticorps H.B.C.: Anticorps H.C.V.:

Sérologie HIV :

Hépatite C : Taux habituel d'hémoglobine :

Hématocrite :

Quel sera votre dernier jour de dialyse dans votre centre avant d'arriver à ZAGREB ?

Allergies supposées : reconnues :



DIALYSE PERITONEALE

Nombre de poches par jour : Volume de chaque poche :

Nature des poches : ☐ Iso ☐ Hyper

Type de matériel précisément :

Taux habituel Hémoglobine : Hématocrite :

Urée : Créatinine :

Pourrez-vous vous faire livrer à ZAGREB par votre association ? ☐ OUI ☐ NON

RESUME CLINIQUE, PROBLEMES PARTICULIERS ET TRAITEMENT ACTUEL

[illegible]

– PROGRAMME PREVISIONNEL DES SPORTS –

Samedi 18/08	Dimanche 19/08	Lundi 20/08	Mardi 21/08	Mercredi 22/08	Jeudi 23/08	Vendredi 24/08	Samedi 25/08
Accueil des équipes	Cyclisme Volley Fléchettes	Tennis de Table Natation	Tennis Badminton Golf	Mini Marathon Bowling	Pétanque Athlétisme saut en longueur H saut en hauteur H&F lancer de poids H lancer de balle F 100m 400m 1500m 5km Marche H	Athlétisme 200m H&F 800m H&F 3km Marche F Relais 4x100m H&F lancer de balle H lancer de poids F saut en longueur F lancer de disque H&F	Départ des équipes
Cérémonie d'ouverture						Cérémonie de clôture & Diner de Gala	