



Composition du dossier :

- Fiche d'adhésion
- 2 photos d'identités
- 1 enveloppe timbrée non adressée
- Le règlement
- Certificat médical spécifique

*Attention, aucun dossier incomplet ne sera accepté.
Merci pour votre compréhension*

INFORMATION PERSONNELLE

Nom _____

Prénom _____ Date de naissance ____/____/____

Sexe Masculin Féminin

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ E-mail _____

RÈGLEMENT

- Adhésion Association ANTS : **20€** Cotisation annuelle HandiSport : **29€**
- Cotisation mensuelle salle S.P.O.R.T : **35€**

PUBLICATION DE MON IMAGE

J'autorise l'association ANTS à me prendre en photo et à me filmer à l'occasion des activités physiques ou associatives auxquelles je participe et autorise leur publication :

Oui Non

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepte sans réserve.

LU ET APPROUVÉ LE : ____/____/____

SIGNATURE :

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour ___/___/___ Mr/Mme : _____

Né(e) le : ___/___/___ Demeurant à : _____

Je certifie n'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique de la musculation

Je certifie n'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique de l'électrostimulation :
(liste indicative et non-exhaustive)

- Présence d'un pace-maker
- Cardiopathies
- Epilepsies
- Femmes enceintes ou venant d'accoucher
- Personnes souffrant de phlébites, d'états fébriles, de thromboplébites
- Infections
- Hernies inguinales ou abdominale
- Troubles artériels importants
- Opérations récentes
- Intolérances cutanées, irritations de la peau
- Hyperréflexie autonome

Informations complémentaires :

- Pathologie : _____
 - Atteintes : _____
 - Précision : _____
- Pression artérielle : _____
- Pouls au repos : _____
- Autres informations utiles : _____

Fait à _____, le ___/___/___

SIGNATURE DU MÉDECIN :

CACHET DU MÉDECIN :

CRÉATION DE LICENCE 2021-2022

Nom de l'association :

Le licencié

** Champs obligatoires pour les cadres (membres du bureau, bénévoles, salariés, entraîneurs...) pour le contrôle d'honorabilité mis en place par le Ministère*

Mme Mr

Nom : _____

Nom de jeune fille : * _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Nationalité : Française Etrangère :

Commune de naissance : * _____ CP : * _____

Adresse : * _____

CP : _____ Ville : _____

Tél. : _____ E-mail : (Obligatoire)@.....

J'autorise la FFH à collecter mes données uniquement dans le cadre de la prise de licence (obligatoire pour la prise de licence)

J'autorise la FFH à utiliser mon email dans le cadre de sa communication fédérale (actualités, newsletters, Le Mag', offres partenaires)

Handicaps neurologiques évolutifs :
 maladies génétiques dégénératives
 sclérose en plaque (SEP)

Handicaps visuels :
 malvoyant
 non-voyant

Handicaps auditifs
 malentendant
 sourd

Handicaps neuro d'origine périphérique :
 Poliomyélite
 atteinte des nerfs
 maladies neuro-musculaires (polynévrites, polyradiculonévrites, ...)

Handicaps orthopédiques :
 amputation ou agénésie membre(s) inférieur(s)
 amputation ou agénésie membre(s) supérieur(s)
 raideur articulaire/malformation
 fragilités osseuses
 personne de petite taille

Autres :
 obésité
 troubles cardio-vasculaires
 troubles respiratoires
 maladies chroniques (diabète, leucémie,...)
 troubles des apprentissages moteurs (dyspraxie, ...)
 handicap mental
 autres

Lésions cérébrales :
 paralysie cérébrale (IMC)
 dues à un AVC
 dues à un traumatisme crânien
 autres causes (anexie, infection, tumeur, autre)

Paraplégie
 Tétraplégie
 Spina bifida

VALIDE

A besoin d'une tierce personne dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, toilette, etc...) ?

Nom & coordonnées

Handicap

La licence

Type de licence	<input type="checkbox"/> Compét. + 20 ans	66 €	Sport pratiqué (obligatoire) :
	<input type="checkbox"/> Compét. - 20 ans	29 €	
	<input type="checkbox"/> Cadre	29 €	Fonction :
	<input type="checkbox"/> Loisir	29 €	Sport :
	<input type="checkbox"/> Etablissement	de 17 à 8 €	Sport(s) pratiqué(s) : 1er (obligatoire) :
			2eme (facultatif) :

Le certificat médical (obligatoire sauf pour les cadres non pratiquants)

Certificat médical de non contre-indication datant de moins d'un an	⇒	Date : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
		Nom du médecin :										
+ pour les <u>compétiteurs déficients visuels</u> : date du certificat de non contre-indication ophtalmologique	⇒	Date : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
		Nom du médecin :										

Assurance

Je soussigné(e)

Déclare avoir :

- pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence Fédération Française Handisport et de leur coût,

- pris connaissance du bulletin d'adhésion « SPORTMUT » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires

Garantie de base Individuelle Accident :

- OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » comprise dans ma licence FF HANDISPORT
- NON**, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel. (Coût remboursé en cas de refus : 1,28 € TTC)

Garanties complémentaires "SPORTMUT HANDISPORT" :

- OUI**, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur, en remplissant le formulaire de souscription correspondant et en le retournant à la Mutuelle des Sportifs en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie.
- NON**, je ne désire pas souscrire d'option complémentaire.

Signature du licencié (ou du représentant légal pour les mineurs) :

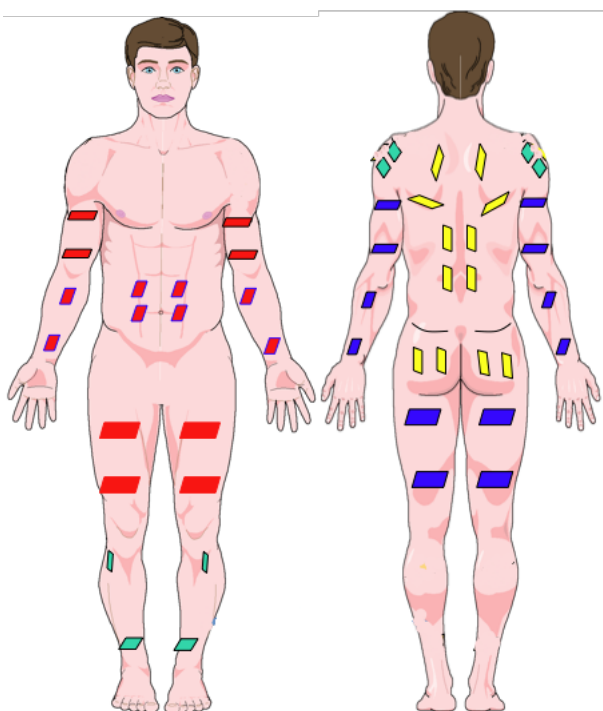
Testing musculaire par électrostimulation et Test ASIA

Objectifs :

- Le testing musculaire par électrostimulation évalue la contractilité du muscle, les éventuels effets secondaires lors de la stimulation et justifiera ou non l'utilisation d'appareils d'électrostimulation.
- Le Test ASIA évalue les fonctions motrices de la commande volontaire.
- Ces évaluations participent à une démarche diagnostique, à l'orientation d'une prise en charge en activités physiques adaptées sous électrostimulation et permettent que cette prise en charge soit réalisée en toute sécurité.

Description :

- Le bilan est réalisé par un kinésithérapeute.
- L'examen est réalisé en position couchée ou assise en fonction des capacités du patient et des muscles testés (les muscles valides n'ont pas besoin d'être stimulés).
- Les résultats sont consignés dans le tableau ci-joint.
- Les zones musculaires à évaluer sont les suivantes :



Évaluation motrice				
	D	G		
C2			Test ASIA	
C3				
C4				
C5				Flexion du coude
C6				Extension du poignet
C7				Extension du coude
C8			Flexion du médius (P3)	
T1			Abduction du 5 ^e doigt	
T2			0 = paralysie totale 1 = contraction visible ou palpable 2 = mouvement actif sans pesanteur 3 = mouvement actif contre pesanteur 4 = mouvement actif contre résistance 5 = mouvement normal NT, non testable	
T3				
T4				
T5				
T6				
T7				
T8				
T9				
T10				
T11				
T12			Score «motricité» : /100 Contraction anale : oui/non	
L1				
L2				Flexion de la hanche
L3				Extension du genou
L4				Dorsiflexion de cheville
L5			Extension du gros orteil	
S1			Flexion plantaire de cheville	
S2				
S3				
S4-5				

Conseils pratiques :

- Une tenue adaptée est souhaitée (short et T-shirt) afin de faciliter la pose des électrodes.
- Utiliser un programme typé "force" pour le testing musculaire

Tableau des résultats : capacité des muscles à se contracter (évaluation : acquis / non acquis)

Muscles	Droit	Gauche	Commentaires
Tibial antérieur			
Ischio jambiers			
Quadriceps			
Grand fessier			
Érecteurs spinaux			
Grand droit de l'abdomen			
Extenseurs des doigts et poignet			
Fléchisseurs des doigts et poignet			
Biceps			
Triceps			
Deltoïdes postérieurs			
Trapèze et grand dorsal			