

## PRE-REQUIS MEDICAUX POUR LES TRANSPLANTES & DIALYSES

Pour participer à la journée « entre Loire et Canal », les participants doivent s'inscrire **avant le 1er septembre 2011**, une attestation de bonne condition physique et les certificats médicaux du bulletin d'inscription (type M1 et M3 complétés par leurs médecins).

### ASSURANCE

L'adhésion obligatoire à Trans-Forme vous permet de bénéficier d'une assurance responsabilité civile, individuelle accident et assistance rapatriement, dans le cadre de votre participation à la journée « entre Loire et Canal ».

### FRAIS D'INSCRIPTION

**Inscription offerte aux dialysés ou transplantés** (chèque de caution de 20 € à l'ordre de Trans-Forme : chèque non encaissé et rendu en fin de journée)  
**20 € ou 5 € (\*) pour les adultes sympathisants au départ de Reims**  
**(\*) pour ceux qui se rendent directement sur place à Mantelot**  
**option : 10 € pour le déjeuner** (ou possibilité de pique-nique sur place)

### INSCRIPTION

Merci de retourner le bulletin d'inscription et les certificats médicaux auprès de Madame Martine VARIN avec les règlements correspondants.

*Tout inscrit(e) doit être à jour de sa cotisation Trans-Forme.*

Pour adhérer, il suffit de retourner également à Mme VARIN le bulletin d'adhésion ci-joint accompagné d'un chèque de cotisation (chèque différent du règlement mentionné ci-dessus)

**Inscrivez-vous dès que possible, le nombre de places est limité !**

#### Renseignements & Inscriptions

Trans-Forme – chez Madame VARIN -  
31 rue Saint Martin – 008 310 MENIL LEPINOIS  
Tel : 09 75 98 84 45 – Portable : 06 09 74 41 81

[mvarin08@orange.fr](mailto:mvarin08@orange.fr)

[www.trans-forme.org](http://www.trans-forme.org)

Journée

« entre Loire et Canal »



*Dimanche 18 septembre 2011*

**bassin de Mantelot (Châtillon s/Loire - 45)**

\*\*\*\*\*

Organisé par TRANS-FORME



**Ouvert aux jeunes et aux adultes  
Transplantés, Dialysés ou Sympathisants**

**Changez d'air dans un cadre magnifique !**

## CONSTAT

Les enfants et adultes, fatigués par la maladie, la dialyse ou par le traitement dans le cadre de la greffe, ne comprennent pas toujours l'intérêt de l'Activité Physique.

Une façon ludique de les informer sur les bienfaits de l'activité physique est de pratiquer, en toute sécurité, dans le cadre magnifique et historique qu'est le site de Mantelot entre Loire et Canal

## PROGRAMME

**2 activités maximum à choisir dans la journée  
et 1 heure par activité**

Activité	Inscription matin faire une croix	Inscription après midi faire une croix	Niveau D = débutant M = Moyen C = confirmé
Marche pour tous			
Vélo Tout Chemin			
Poney (enfants)			
Rosalie pour tous			
Kart à pédale (enfants)			

J'apporte mon vélo : OUI – NON (*razer la mention inutile*)

J'apporte mon casque de vélo : OUI – NON

### Informations sur les activités

- toutes les activités sont encadrées par des bénévoles qualifiés
- activités de loisirs-
- nombre de places limité : l'ordre d'arrivée des inscriptions prévaut
- priorité **aux jeunes et aux enfants**
- poney : uniquement les enfants. Ils doivent porter des chaussures fermées (éviter les sandales); la bombe est fournie

p.2

- vélo tout chemin : le casque est obligatoire et peut être fourni par le relais de Mantelot (vous pouvez apporter votre casque)
- marche : des chaussures de marche sont conseillées
- rosalie : prévue pour 2 adultes et 2 enfants (photo ci-dessous)



## TRANSPORT

**Départ de REIMS le dimanche 18 septembre à 7h : transport en autocar**

**Retour à REIMS vers 20h le même jour : transport en autocar**

*Lieu de rendez-vous précisé ultérieurement*

**Pour ceux qui se rendent à Châtillon s/Loire par leurs propres moyens :**

accueil à partir de 11h et fin de la journée vers 16h

p.3

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

**A renvoyer à Mme VARIN impérativement avant le 1er septembre 2011**

Attention : à remplir par tous les participants transplantés ou dialysés

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)** (1) depuis le \_\_\_\_\_

❖ **Transplanté(e)** (1) de \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

- Taux d'hématocrite \_\_\_\_\_ %
- Taux d'hémoglobine \_\_\_\_\_ g%ml
- Taux de créatinine \_\_\_\_\_  $\mu$ mol/l
- Le traitement en cours :
  - Immuno-Suppresseur : \_\_\_\_\_
  - Anti-Hypertenseur : \_\_\_\_\_

**\* ne présente pas de contre indication apparente à la pratique des activités sportives nautiques. (1)**

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet \_\_\_\_\_

(1) rayer la mention inutile

**BULLETIN D'INSCRIPTION**

**Pour tous**

**A renvoyer à Mme VARIN impérativement avant le 1er septembre 2011**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexe :  M  F

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél portable: \_\_\_\_\_ Tél fixe: \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Dialysé(e) depuis le \_\_\_\_\_

Transplanté(e) de \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Sympathisant(e)

**(indiquez : donneur – médecin – infirmière – kinésithérapeute – autre à préciser)**

Je viendrai par mes propres moyens

Je prendrai le bus au départ de Reims et voyagerai donc avec l'équipe Trans-Forme aller / retour

Contact Médical Trans-Forme (**uniquement à l'usage des médecins**) : 01 43 46 75 46

**AUTORISATION PARENTALE**  
**Uniquement pour les mineurs non accompagnés**

**A renvoyer à Mme VARIN impérativement avant le 1er septembre 2011**

Je soussigné(e), responsable de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise mon fils/ ma fille à participer à la journée « entre Loire et Canal » organisée par TRANS-FORME, et qui se déroulera le dimanche 18 septembre 2011 sur le site de Mantelot, 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, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Nom et qualité du responsable légal :

Père  Mère  Tuteur

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél portable: \_\_\_\_\_ Tél fixe: \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal :

\_\_\_\_\_

**FICHE SIGNALÉTIQUE**  
**Pour les transplantés et dialysés uniquement**

**A renvoyer à Mme VARIN impérativement avant le 1er septembre 2011**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Nationalité : \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél portable: \_\_\_\_\_ Tél fixe: \_\_\_\_\_

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 tél. : \_\_\_\_\_

**Traitement habituel :**

**Allergies ou médicaments interdits :**

**En cas d'urgence, prévenir :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Médecin : \_\_\_\_\_ Son tél. : \_\_\_\_\_

## ATTESTATION D'ENTRAINEMENT DU PARTICIPANT

A renvoyer à Mme VARIN impérativement avant le 1er septembre 2011

Attention : à remplir par tous les participants 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 -

- Je pratique en compétition : Citer le(les) sport(s) explicitement :

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

- Mon traitement actuel

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Nom, Prénom et Signature \_\_\_\_\_

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

A renvoyer à Mme VARIN impérativement avant le 1er septembre 2011

Attention : valable uniquement pour les activités à faible coût énergétique

NOM DE LA MANIFESTATION : \_\_\_\_\_

DATE DE LA MANIFESTATION : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

**1. 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 récu : \_\_\_\_\_ mmHg
  - du taux d'hémoglobine : \_\_\_\_\_ g/ml
  - du taux d'hématocrite : \_\_\_\_\_ %
  - pour le transplanté, du taux de créatinine : \_\_\_\_\_  $\mu\text{mol/l}$

**2. et certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités prévues lors de la journée « entre Loire et Canal »**

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet

(1) rayer la mention inutile