



Section :

ANGERS

SAUMUR

Cadre réservé au club

N° de licence :

Certificat médical :

Paiement adhésion :

Photo

FICHE D'INFORMATION Saison 2018-2019

Coordonnées de l'adhérent :

Nom :	Prénom :
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Date et lieu de naissance :
Adresse :	
.....	
Code postal :	Ville :
Tél fixe :	Portable :
Adresse mail :	
Etablissement de jour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	si oui, lequel :
Foyer d'hébergement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	si oui, lequel :
Suivi en SAVS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	si oui, lequel :

Coordonnées du responsable légal :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél fixe : Portable :

Coordonnées de facturation (si différente) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél fixe : Portable :

Coordonnées de la personne à prévenir en cas d'urgence (si différente) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél fixe : Portable :

Comment souhaitez-vous recevoir les informations de l'association (programmes vacances, catalogue vacances / sorties, informations diverses) ?

Par mail à quelle adresse mail :

OU

Par courrier à quelle adresse postale

MERCI DE REMPLIR LA FICHE DANS SON INTEGRALITE !

Modalités d'inscription :

Adhésion :

L'adhésion est obligatoire.

L'adhésion permet d'avoir accès aux **sorties, à tarif préférentiel**, et aux **vacances**.

Pour avoir accès aux **activités**, il faut être adhérent à l'association et ajouter une participation par activité.

Pièces obligatoires à fournir :

- la présente fiche d'information complétée,
- la copie de la carte sécurité sociale,
- la copie de la mutuelle complémentaire,
- 2 photos d'identité (dont une au recto)
- un justificatif du quotient familial daté de l'année en cours et fourni par la CAF ou la MSA,
- le règlement de l'adhésion,
- le règlement de la participation supplémentaire pour les activités,
- un certificat médical obligatoire pour les activités sportives et la danse,
- ordonnance **à jour** (si changement ou évolution, merci de nous transmettre la nouvelle ordonnance)

Cochez les activités
souhaitées

Cochez les activités
souhaitées

Cochez si vous désirez
participer aux
championnats

Inscriptions aux activités hebdo.	ANGERS	SAUMUR	COMPETITION	TARIFS
SPORT				
Aquagym	<input type="checkbox"/>			40 €
Basket	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	40 €
Ecole de sport	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	40 €
Equitation	<input type="checkbox"/>			40 € + supplément 85 € /trimestre
Futsal (<i>sous réserve lieu</i>)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	40 €
Gym douce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		40 €
Handball	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	40 €
Natation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	40 €
Multisports	<input type="checkbox"/>			40 €
Musculation	<input type="checkbox"/>			40 €
Pétanque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40 €
Raquettes (<i>sous réserve</i>)		<input type="checkbox"/>		40 €
Entretien physique	<input type="checkbox"/>			40 €
Tir à l'arc en loisirs	<input type="checkbox"/>			50 €
Ti à l'arc en compétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50 €
Zumba	<input type="checkbox"/>			40 €
LOISIRS				
Atelier cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		40 € + supplément 20€/ trimestre
Danse en ligne	<input type="checkbox"/>			40 €
Loisirs créatifs	<input type="checkbox"/>			40 € + supplément
CULTURE				
Chant et musique	<input type="checkbox"/>			40 €
Théâtre	<input type="checkbox"/>			40 €
Journalistes de l'Espérance	<input type="checkbox"/>			40 €
Adhésion annuelle (saison 2018-2019)				70 €
Total à payer pour la saison 2018-2019 :				

PROFIL

Handicap : MOTEUR MENTAL PSYCHIQUE COGNITIF SENSORIEL

Précisez (le type d'handicap):

SANTE

J'ai une médication : OUI NON
Je la prends seul : OUI NON AVEC AIDE
J'ai besoin de soins infirmiers : OUI NON
De quel type : A quelle fréquence :
Epilepsie : OUI NON précisez :
Diabète : OUI NON JE ME GERE SEUL
Ethylysme : OUI NON
Cardiopathie : OUI NON
Asthme : OUI NON
Perte de mémoire : OUI NON
Allergies : OUI NON
Préciser quelle allergie :
Incontinence : OUI NON
Enurésie : OUI NON

MOTRICITE

Je suis plutôt :
 BON MARCHEUR
 MARCHEUR
 FATIGABLE
 TRES FATIGABLE
Je me déplace seul : OUI NON
Si non j'ai besoin :
 QU'ON ME DONNE LE BRAS
 D'UNE CANNE
 D'UN DEAMBULATEUR
 D'UN FAUTEUIL MANUEL

 POUR LES SORTIES
 EN PERMANENCE

HYGIENE

J'ai un appareil : Dentaire Auditif
Je fais ma toilette : SEUL AVEC AIDE PARTIELLE
 AVEC AIDE TOTALE
Je me rase : SEUL AVEC AIDE
Je m'habille : SEUL AVEC AIDE
Je choisis mes tenues : SEUL AVEC AIDE
Je gère mes changes (protection, serviettes, ..) :
 SEUL AVEC AIDE

HABITUDES ALIMENTAIRES

Je mange : SEUL AVEC AIDE
J'ai un régime : OUI NON
Lequel :
Allergies /Intolérances :
Risque de fausse route : OUI NON
Alimentation mixée : OUI NON

TABAC / ALCOOL / CAFE

Je fume : OUI NON
Fréquence :
Je gère seul ma consommation : OUI NON
Protocole particulier :
Je peux boire de l'alcool : OUI NON
Je peux boire du café : OUI NON

SOMMEIL

Je fais des siestes : OUI NON
Je suis appareillé : OUI NON
Précisez :
Je me lève la nuit : OUI NON
Habituellement, je me lève vers :
Ma médication m'endort le soir : OUI NON

COMPORTEMENT

Je communique : par la parole par des gestes avec des pictogrammes

Précisez :

Je m'intègre facilement dans un groupe : OUI NON

Je suis un élément moteur : OUI NON

J'ai des rituels : OUI NON Préciser :

J'ai des phobies : OUI NON Préciser :

J'ai besoin d'être rassuré : OCCASIONNELLEMENT REGULIEREMENT EN CONTINU

J'ai tendance à fuguer : OUI NON précisez :

Je peux me mettre en dangers : OUI NON précisez :

Je peux être agressif/violent : OUI NON précisez :

J'ai des tendances cleptomanes : OUI NON

SORTIES / ACTIVITES

Je sais me repérer dans l'espace : OUI NON

Je sais demander mon chemin : OUI NON

Je suis capable de sortir sans accompagnateur : OUI NON

Je peux rester seul sur le lieu de séjour : OUI NON

Mon traitement contre-indique-t-il certaines activités (soleil, sport...) : OUI NON

Précisez :

Je sais nager : OUI NON

**Indiquer toute habitude méritant une attention particulière pour le bon déroulement du séjour (comportement, crise, protocole particulier, problème médical grave etc.)
Ainsi que les principales conséquences du handicap :**

Ce que j'aime faire pendant les vacances :

Informations complémentaires :

Je soussignéagissant en qualité de parents/mandataire judiciaire à la protection des majeurs (rayon la mention inutile) certifie que tous les renseignements fournis sont exact et complets et autorise à participer aux activités et déplacements de l'association.

J'autorise l'Association Espérance à prendre toutes les dispositions médicales et d'urgences (traitement, intervention chirurgicale...) en concertation avec un médecin, concernant la santé du participant.

Je n'autorise pas l'association à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des photographies me représentant, réalisées pendant mon séjour ainsi qu'à exploiter ces clichés, en parties ou en totalité, à des fins de formation et d'exploitation commerciale.

SIGNATURE :

Certifié exact le / /