



ASSOCIATION ESPÉRANCE

Cadre réservé au club

N° de licence :
Certificat médical :
Paiement adhésion :

Photo
OBLIGATOIRE

FICHE D'INFORMATION
Saison 2019-2020

Coordonnées de l'adhérent :

Nom : Prénom :
Sexe : F M Date et lieu de naissance :
Nouvel adhérent : oui non Quotient Familial :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél fixe : Portable :
Adresse mail :
Etablissement de jour oui non si oui, lequel :
Foyer d'hébergement oui non si oui, lequel :
Tél. foyer impératif
Suivi en SAVS oui 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'adhésion

Adhésion :

L'adhésion est obligatoire pour participer aux activités de l'association.
L'adhésion est valable du 01/09/2019 au 31/08/2020.

Je souhaite (cochez la case) :

- Adhérer à tous les services de l'association : 70 €**
(Activités hebdomadaires, sorties, vacances, Colibri, ferme)

- Adhérer à Colibri* uniquement : 20 €**

- Adhérer à la Ferme uniquement : 20 €**

*Animations pour les personnes retraitées de plus de 50 ans

Pièces obligatoires à fournir :

- la présente fiche d'information complétée,
- la copie de la carte sécurité sociale,
- la copie de la mutuelle complémentaire,
- 1 photo d'identité (+1 pour les sportifs),
- un justificatif du quotient familial daté de l'année en cours et fourni par la CAF ou la MSA,
- le règlement de l'adhésion,
- 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)

La présente fiche d'information ainsi que les pièces obligatoires sont à envoyer à :

l'Association Espérance
90 rue de la Croix Blanche 49100 ANGERS
ou par mail : contact@esperance49.fr

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 Si oui, comment cela est géré lors d'un séjour

Ethylisme : 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 pliable

Fourni par l'adhérent

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

Si oui, précisez

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 gère mon argent de poche : OUI NON

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

Pour le bien-être du vacancier, merci de nous joindre son projet personnalisé ou bien le détail de ses habitudes de vie et besoins spécifiques (lit médicalisé, couverts adaptés, barrière, bas de contentions, orthèse, soins infirmiers etc)

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 / /