

FICHE D'INFORMATION
Saison 2020-2021

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 :
Si vous souhaitez recevoir vos factures par mail, veuillez renseigner votre adresse email ici :

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 !

L'inscription ne pourra être validée qu'une fois cette fiche d'information complétée et les documents annexes reçus !

Modalités d'adhésion

Adhésion :

L'adhésion est obligatoire pour participer aux activités de l'association.
L'adhésion est valable du 01/09/2020 au 31/08/2021.

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



Ces données seront traitées de façon confidentielle. Elles nous permettent de mieux connaître les adhérents participants à nos activités, et ainsi d'adapter notre accompagnement aux besoins des personnes.

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
.....
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 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 danger : 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 / /