

**FICHE D'INFORMATION**  
**Saison 2022-2023**

**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 : .....  
Adresse mail : .....

**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 : .....  
Adresse mail : .....

**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 01/09/2022 au 31/08/2023.

**Prix de l'Adhésion ouvrant droit à tous les services de l'association : 70 €**  
(Activités hebdomadaires, sorties, weekends, vacances et ferme).

### **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,
- un certificat médical obligatoire pour les activités sportives,
- 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](mailto:contact@esperance49.fr)



**Les données suivantes 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

**Stabilisée** :  OUI  NON

**Diabète** :  OUI  NON Si oui, comment cela est géré lors d'un séjour .....

Ethylisme :  OUI  NON

Cardiopathie :  OUI  NON

**Asthme** :  OUI  NON

• Si oui, ventoline :  OUI  NON

• Je la prend seul(e) :  OUI  NON

Perte de mémoire :  OUI  NON

Allergies :  OUI  NON

Préciser quelle allergie : .....

Incontinence :  OUI  NON

Enurésie :  OUI  NON

Observations diverses : .....

## 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 (protections, 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 soussigné** .....agissant 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 du Tuteur :**

**Certifié exact** le / /