

FICHE D'INFORMATION
Saison 2025-2026

Coordonnées de l'adhérent :

Nom : Prénom :
Sexe : F ☐ M ☐ Date et lieu de naissance :
Nouvel adhérent : ☐ oui ☐ non Quotient Familial CAF :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél fixe : Portable :
Adresse mail :
Esat, CAJ, ou autre ☐ 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 :

Dans le cadre de la dématérialisation des documents, merci de nous indiquer une adresse mail pour l'envoi de vos factures :

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 01/09/2025 au 31/08/2026.

Montant de l'adhésion ouvrant droit à tous les services de l'association : 70 €
(Activités hebdomadaires, sorties, weekends, vacances et ferme). Public majeur.

Pour le public mineur (- 18 ans), une adhésion de 15 € sera demandée. Elle ouvre droit à une activité sportive uniquement.

Pièces obligatoires à fournir :

- ☐ la présente fiche d'information complétée et signée,
- ☐ la copie de l'attestation de droit à l'assurance maladie,
- ☐ la copie de la carte complémentaire de santé recto/verso (mutuelle),
- ☐ 1 photo d'identité,
- ☐ un justificatif du quotient familial daté de l'année en cours et fourni par la CAF ou la MSA,
- ☐ ordonnance **à jour** (si changement ou évolution, merci de nous transmettre la nouvelle ordonnance).

Pièce supplémentaire pour les personnes inscrites aux activités sportives :

- ☐ un certificat médical obligatoire.

Pièce supplémentaire pour les personnes inscrites pour des accueils en répit :

- ☐ dernière notification d'orientation MDA (maison de l'autonomie),
- ☐ justificatif de demande d'aide sociale.

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



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

Besoin d'un passage infirmier professionnel :

☐ 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 prends seul(e) : ☐ OUI ☐ NON

Perte de mémoire : ☐ OUI ☐ NON

Allergies médicamenteuses : ☐ OUI ☐ NON

Préciser quelle allergie :

Incontinence : ☐ OUI ☐ NON

Enurésie : ☐ OUI ☐ NON

Merci de nous indiquer si matériel médical spécifique, dispositif médical implantable (Pacemaker, implants, prothèse) :

Nom et coordonnées médecin traitant :

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 texturée : ☐ OUI ☐ NON

Précisez (mixée, mixée lisse, tendre, liquide, hachée etc.)

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 de la caféine : ☐ 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 :

Et je me couche vers

Ma médication m'endort le soir : ☐ OUI ☐ NON

COMPORTEMENT



Je communique : ☐ par la parole ☐ par des gestes ☐ avec des pictogrammes
Avec une tablette numérique (merci de la fournir) ☐ OUI ☐ NON
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
J'aime être dans l'eau sans savoir 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, mes centres d'intérêt :

Informations complémentaires :

- ☐ **Je soussigné** agissant en qualité de parents/mandataire judiciaire à la protection des majeurs (rayer la mention inutile) certifie que tous les renseignements fournis sont exacts 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 / /