

## FICHE D'INFORMATION

**Saison 2026-2027**

(du 01/09/2026 au 31/08/2027)

### Coordonnées de l'adhérent :

Nom : .....	Prénom : .....
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Date et lieu de naissance : .....
Nouvel adhérent : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Quotient Familial CAF : .....
Adresse : .....	
Code postal : .....	Ville : .....
Tél fixe : .....	Portable : .....
Adresse mail : .....	
Esat, CAJ, ou autre <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 : .....
	Tél. foyer impératif .....
Suivi en SAVS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	si oui, lequel : .....

### Coordonnées du responsable légal (si différent de l'adhérent) :

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
Tél fixe : .....	Portable : .....
Adresse mail : .....	

### Ces coordonnées peuvent être utilisées pour (à cocher) :

- Recevoir les informations de l'association (programmes vacances, catalogue vacances / sorties, informations diverses)
- Recevoir la facturation
- Prévenir en cas d'urgence

### Si l'adresse de facturation est différente, merci de nous indiquer les coordonnées ci-après :

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
Tél fixe : .....	Portable : .....
Adresse mail : .....	



**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 !**

**Montant de l'adhésion ouvrant droit à tous les services de l'association : 70 €**

(Activités hebdomadaires, sorties, weekends, vacances, ferme et accueil répit non financés par l'aide sociale). Public majeur.

Pour le public mineur (- 18 ans), une adhésion de 20 € sera demandée. Elle ouvre droit aux activités sportives uniquement.

**Pièces obligatoires à fournir :**

<b>Vacances et Sorties</b>	<b>Sport</b>	<b>Répit</b>
<input type="checkbox"/> La présente fiche d'information complétée et signée <input type="checkbox"/> La copie de l'attestation de droit à l'assurance maladie, <input type="checkbox"/> La copie de la carte complémentaire de santé recto/verso (mutuelle), <input type="checkbox"/> 1 photo d'identité, <input type="checkbox"/> Un justificatif du quotient familial daté de l'année en cours et fourni par la CAF ou la MSA, <input type="checkbox"/> Ordonnance <b>à jour</b> , (si changement ou évolution, merci de nous transmettre la nouvelle ordonnance.	<input type="checkbox"/> La présente fiche d'information complétée et signée <input type="checkbox"/> 1 photo d'identité (obligatoire pour la prise de licence) <input type="checkbox"/> Ordonnance <b>à jour</b> , (si changement ou évolution, merci de nous transmettre la nouvelle ordonnance. <input type="checkbox"/> Un certificat médical avec mention « pratique en compétition » obligatoire.	<input type="checkbox"/> La présente fiche d'information complétée et signée <input type="checkbox"/> La copie de l'attestation de droit à l'assurance maladie, <input type="checkbox"/> La copie de la carte complémentaire de santé recto/verso (mutuelle), <input type="checkbox"/> 1 photo d'identité <input type="checkbox"/> Un justificatif du quotient familial daté de l'année en cours et fourni par la CAF ou la MSA, <input type="checkbox"/> Ordonnance <b>à jour</b> , (si changement ou évolution, merci de nous transmettre la nouvelle ordonnance.  - - - - - <i><u>Pour les personnes bénéficiant d'une orientation « Accueil Temporaire Répit Espérance », merci de rajouter :</u></i> <input type="checkbox"/> Dernière notification d'orientation MDA (maison de l'autonomie), <input type="checkbox"/> Justificatif de demande d'aide sociale. <input type="checkbox"/> Notification d'orientation « Accueil Temporaire Répit Espérance » <input type="checkbox"/> 1 copie de la mesure de protection

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

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

## 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.) .....

## 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

## 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'intérêts :**

**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.
- J'autorise** 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 d'outils de communication (catalogues, site internet, réseaux sociaux etc ...).

Certifié exact le     /     /  
Signature :