

FICHE D'INFORMATION
Saison 2024-2025

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 01/09/2024 au 31/08/2025.

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.

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

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 prends seul(e) : OUI NON

Perte de mémoire : OUI NON

Allergies : 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 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 (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 / /