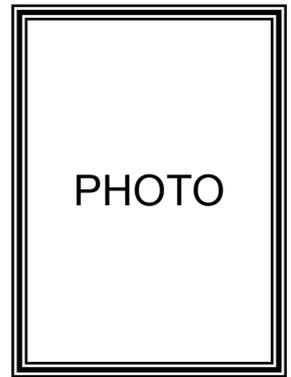




DOSSIER D'INSCRIPTION 2018-2019



ANGERS CHOLET

NOM..... **PRENOM**.....

Date de Naissance/...../..... Sexe F M

Hébergement :

Foyer **MECS** **Autres**
Lequel : Laquelle : Lequel :

Nom du référent.....
.....@..... Tél.....

Adresse de l'utilisateur.....

CP..... Ville.....
.....@..... Tél.....

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom..... Tél.....

MÈRE	PÈRE
NOM..... PRENOM.....	NOM..... PRENOM.....
Adresse.....	Adresse.....
CP..... Ville.....	CP..... Ville.....
Tél/...../...../...../.....	Tél/...../...../...../.....
@	@

Adresse de facturation	
NOM..... PRENOM.....	
Adresse.....	
CP..... Ville.....	Tél.....

Activité(s) choisie(s)

- Accueil de Loisirs (3-12 ans)
- Loisirs jeunes (13-20 ans)
- Loisirs Adultes
- Sport, le(s)quel(s) :

Médecin traitant :
Tél/...../...../...../.....

Date :
Signature*:

** précédée de la mention « Lu et approuvée »*

Autonomie - Vie Quotidienne

AUTORISATION	Oui	Non
Gère ses sorties		
Seul		
Gère ses vêtements		
Choisit ses vêtements		
A t-il un traitement médical ?		
Gère ses médicaments		
Gère son argent		

HABITUDES DE VIE	Oui	Non
Sommeil		
Se lève la nuit		
A un lever difficile		
Se lève tôt (heure :)		
Fait la sieste		
Vol		
Tendance à fuguer		
Tendance à errer		

CAPACITES PHYSIQUES	Oui	Non
Marche		
Bon		
Moyen		
Limité		
Monte les marches		
Couchage en lit superposé		
Sait nager (diplôme 25 m)		
Difficultés motrices		
Précisez :		
.....		
.....		

APPAREILLAGE	Oui	Non
Porte des lunettes		
Mal Voyant		
Porte un appareil auditif		
Porte un appareil dentaire		
Fauteuil de confort		
Déambulateur		
Autre(s) appareillage(s)		
Précisez :		
.....		
.....		

VIE QUOTIDIENNE	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
Alimentation			
Mange			
Boit			
Fausse route	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
Alimentation mixée	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
Aliments coupés fins	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
Aliments hachés	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
Régime alimentaire			
Allergie alimentaire			
Toilette	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
Fait sa toilette			
Se lave les dents			
Se lave le dos			
Se lave les cheveux			
S'habille			
Se déshabille			
Se rase			
Se chausse			
Va aux toilettes			
Communication	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
Parle			
Comprend			
Sait se faire comprendre			
Sait lire			
Sait écrire			
Sait lire l'heure			
Sait s'orienter			
A la valeur de l'argent			

CONSOMMATION	Oui	Non	Quantité par jour
Tabac			
Alcool			
Café			
Autre(s), précisez :			
.....			
.....			
.....			
.....			

PATHOLOGIE	Oui	Non
Diabète		
Si oui, gère seul ?		
Epilepsie		
Fréquence	
Signes annonciateurs	
Asthme		
Allergie , précisez :		
.....		
.....		
Enurésie Nocturne / Diurne		
Encoprésie		
Contraception		
Mode :		

Comportement	Oui	Non
Crises d'angoisse, cause(s) :		
.....		
.....		
Phobies, précisez :		
.....		
.....		
Conscience du danger		
Agressivité envers lui ?		
Agressivité envers les autres ?		

ATTENTION ET SOINS PARTICULIERS :

.....

.....

.....

.....



AUTORISATION D'EXPLOITATION DU DROIT A L'IMAGE PHOTOGRAPHIQUE ET VIDEO

Je soussigné(e) : _____

demeurant à : _____

autorise l'Adapei 49 et l'établissement : _____

à utiliser mon image*

à utiliser l'image de la personne dénommée ci-après et dont je suis le représentant légal* :

Nom : _____ Prénom : _____

(**rayer la mention inutile*)

pour sa diffusion dans les supports de communication de l'Adapei 49 et de l'établissement ci-dessous :

supports de communication « papier » (brochures, plaquettes, bulletin Regards, journal d'établissement, ...)

dans le cadre de rencontres avec d'autres partenaires ou familles (affiches, book, ...)

sur le site internet de l'Association Adapei 49 et de l'établissement

dans des articles de presse et bulletins municipaux

Dans les limites précisées ci-dessus, j'autorise l'Adapei 49 à fixer, reproduire et communiquer ces images.

La présente autorisation est donnée à titre gracieux et à but non commercial.

Merci de cocher la ou les cases correspondante(s)

Date :

Signature précédée de la mention "Lu et Approuvée"

AUTORISATIONS DIVERSES

() Autorise que soient prises toutes décisions de soins, d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale nécessaires à la santé de l'usager

() S'engage à répondre aux invitations de l'animateur afin d'élaborer un suivi individualisé

() Autorise l'usager à partir seul (après les activités) et à sortir seul lors des séjours

() Donne mon accord pour la participation de mon enfant (- 18 ans) aux activités extérieures sous la responsabilité d'Esca'l

Pour les moins de 18 ans : AUTORISATION DE SORTIE OBLIGATOIRE

Le responsable légal autorise, la(les) personne(s) ci-dessous, à venir chercher l'usager à la sortie des activités :

père

Autre, NOM..... PRENOM.....

mère

Tél/...../...../...../.....

Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

Uniquement pour le Club Sportif

Je soussigné(e) Docteur en médecine, demeurant à certifie avoir examiné, né(e) le à et d'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique sportive (loisirs et/ou de compétition)*.

Fait à, le.....

Signature et cachet :

**rayer la mention inutile*

Pièces à fournir impérativement

- Le certificat médical rempli (uniquement pour le club sportif)
- Attestation d'assurance de responsabilité civile
- Copie de la carte orange d'invalidité
- 1 photo d'identité récente
- 4 timbres
- La notification CAF ou MSA avec quotient familial et numéro d'allocataire (pour les - 18 ans)
- Photocopie des vaccinations : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ou DT Polio (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication) (pour les - 18 ans)