



# DOSSIER D'INSCRIPTION 2023-2024



ANGERS  CHOLET  SAUMUR  HORS 49

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

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

**Etablissement fréquenté** :  Adapei 49  Autre

Nom..... Tél.....

**Mesure de protection** :  Tuteur  Curateur

Nom..... Tél.....

**Hébergement** :  Foyer  MECS  Autres

Adresse de l'usager.....

CP..... Ville.....

.....@..... Tél.....

**Personne en charge du suivi des activités** : @.....

Nom..... 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)

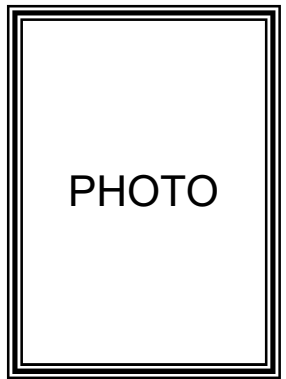
- Accueil de Loisirs (3-12 ans)
- Loisirs jeunes (13-20 ans)
- Loisirs Adultes
- Sport, le(s)quel(s) : .....

**Médecin traitant** : .....

Tél .....

**Date :**  
**Signature\*:**

*\* précédée de la mention « Lu et approuvé »*



PHOTO

# 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
<b>Sommeil</b>		
Se lève la nuit		
A un lever difficile		
Se lève tôt (heure : .....)		
Fait la sieste		
<b>Vol</b>		
<b>Tendance à fuguer</b>		
<b>Tendance à errer</b>		

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

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

VIE QUOTIDIENNE	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
<b>Alimentation</b>			
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			
<b>Toilette</b>	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			
<b>Communication</b>	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
Parle			
Comprend			
Sait se faire comprendre			
Sait lire			
Sait écrire			
Sait lire l'heure			
<b>Sait s'orienter</b>			
<b>A la valeur de l'argent</b>			

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

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

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

<b>ATTENTION ET SOINS PARTICULIERS :</b>
.....
.....
.....
.....

### **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*

## Droit à l'image - Autorisation

Pendant les fêtes d'établissements ou les activités,  
nous faisons des photos ou des films  
pour garder un souvenir de ce que nous faisons ensemble.  
Pour utiliser des photos et vidéos de vous,  
il nous faut votre autorisation  
ou celle de votre tuteur.  
Pour nous donner votre autorisation,  
il faut remplir le formulaire ci-dessous.



 Photo	Nom .....	Prénom .....
	Etablissement concerné .....	
<input type="checkbox"/> Autorise l'Adapei 49 par la présente autorisation, à utiliser mon image / l'image de la personne dénommée ci-dessus et dont je suis le représentant légal ( <i>nom et prénom à compléter ci-dessous</i> )		
<p>La présente autorisation, donnée à titre gracieux et à but non commercial, est limitée à une durée de 10 ans à compter de la date de signature, et aux seuls usages suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Supports de communication « papier »</b> (de type brochures, plaquettes, dépliants, guides, annonces-presse, affiches etc...)</li> <li>- <b>Journal de l'Adapei 49</b> (2 numéros/an)</li> <li>- <b>Sites internet</b> (Adapei 49 et établissement ou service)</li> <li>- <b>Réseaux sociaux</b> (Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, LinkedIn...)</li> <li>- <b>Supports campagne collecte de fonds</b> (opération brioche, fonds de dotation...)</li> </ul> <p>Dans les limites précisées ci-dessus, j'autorise l'Adapei 49 à fixer, reproduire et communiquer ces images.</p>		
<input type="checkbox"/> N'autorise pas l'Adapei 49 à utiliser mon image / l'image de la personne dénommée ci-dessus et dont je suis le représentant légal.		
Fait à ..... le ...../...../20...		
Signature (de la personne photographiée)	Signature (du représentant légal, s'il y a lieu)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## Pièces à fournir impérativement

- Attestation d'assurance de responsabilité civile couvrant la période d'inscription
  - Copie recto / verso de la carte d'invalidité
  - Copie recto / verso de la carte d'identité
  - RIB (nécessaire pour d'éventuels remboursements - aucun prélèvement ne sera réalisé)
  - 1 photo d'identité récente
  - 4 timbres
  - Si inscription au Club Sportif** : le certificat médical (page 3) rempli ou le QS— Sport
- POUR LES - 18 ANS**
- La notification CAF ou MSA avec quotient familial et numéro d'allocataire (**moins de 3 mois**)
  - 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)