



DOSSIER D'INSCRIPTION 2020-2021

 Adapei 49

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)

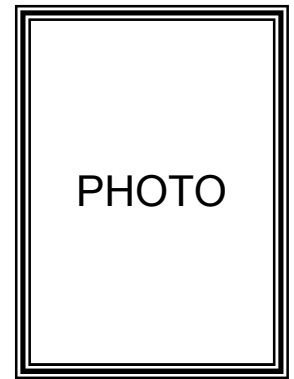
- Accueil de Loisirs (3-12 ans)
- Loisirs jeunes (13-20 ans)
- Loisirs Adultes
- Sport, le(s)quel(s) :

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 |
|-----------------------------|-----|-----|
| 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 : |
|--|
| |
| |
| |

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"> - Supports de communication « papier » (de type brochures, plaquettes, dépliants, guides, annonces-presse, affiches etc...) - Journal de l'Adapei 49 (2 numéros/an) - Sites internet (Adapei 49 et établissement ou service) - Réseaux sociaux (Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, LinkedIn...) - Supports campagne collecte de fonds (opération brioche, fonds de dotation...) <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

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)