



DOSSIER D'INSCRIPTION 2024-2025

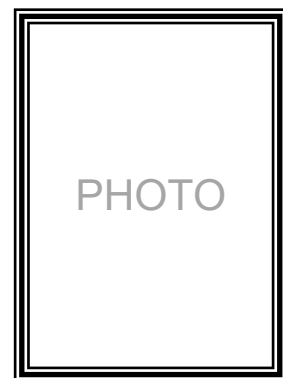
ANGERS CHOLET SAUMUR HORS 49

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

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

Etablissement fréquenté : **Adapei 49** **Autre**

Nom..... Tél.....



Mesure de protection : **Tutelle** **Curatelle** **Habilitation Fam.**

Nom..... Tél.....@.....

Hébergement : **Foyer** **MECS** **Autres**

Adresse de l'usager.....

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

.....@..... Tél.....

Personne en charge du suivi des activités :

Nom..... Tél.....

Adresse.....

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

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

Adresse de facturation

NOM..... PRENOM.....

Adresse.....

CP..... Ville..... Tél.....

Mail :

Médecin traitant :

Tél.....

Activité(s) choisie(s)

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

Date :
Signature*:

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

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 végétarien sans viande	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
sans porc	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
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'utilisateur
- S'engage à répondre aux invitations de l'animateur afin d'élaborer un suivi individualisé
- Autorise l'utilisateur 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

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom..... Tél.....

Pour les moins de 18 ans : AUTORISATION DE SORTIE OBLIGATOIRE

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

- père
- mère
- Autre, NOM..... PRENOM.....
- 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

- 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 (*nom et prénom à compléter ci-dessous*)

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 :

- 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...)

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

- 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)

Pièces à fournir impérativement

- Attestation d'assurance de responsabilité civile couvrant la période d'inscription
- Copie recto / verso de la carte d'invalidité (carte mobilité inclusion)
- Copie recto / verso de la carte d'identité
- Copie de l'Allocation Education Enfant Handicapé (AEEH)
- 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 :
- (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)