



DOSSIER D'INSCRIPTION 2025-2026

 Adapei 49 ☐ ANGERS ☐ CHOLET ☐ SAUMUR ☐ HORS 49

PHOTO

PARTIE 1 : POUR TOUS

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

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

Etablissement fréquenté : ☐ Adapei 49 ☐
Nom..... Tél...../...../...../...../.....

Hébergement : ☐ Foyer ☐ MECS ☐ Autres.....

Adresse de l'usager.....

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

.....@..... Tél...../...../...../...../.....

Personne en charge du suivi des activités : ☐ Mère ☐ Père ☐

Nom..... Tél...../...../...../...../.....

Adresse.....

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

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

Nom..... Tél.....@.....

☐ Mère ☐ Père ☐ (préciser)

Adresse de facturation

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

Adresse.....

CP..... Ville Tél...../...../...../...../.....

Mail :.....@.....

(précisez si vous êtes) ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre

Activité(s) choisie(s)

☐ Sport jeunesse

☐ Sport Adultes

☐ Accueil de Loisirs (3-12 ans)

☐ Loisirs jeunes (13-20 ans)

☐ Séjours enfants & jeunes

☐ Loisirs Adultes

☐ Séjours Adultes

Sport(s) choisi(s).....

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	☐ oui		☐ non
Alimentation mixée	☐ oui		☐ non
Aliments coupés fins	☐ oui		☐ non
Aliments hachés	☐ oui		☐ non
Régime végétarien	☐ oui		☐ non
sans viande	☐ oui		☐ non
sans porc	☐ oui		☐ 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 :		

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom.....

Tél.....

☐ Mère ☐ Père ☐

- ☐ 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

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

ATTENTION ET SOINS PARTICULIERS :

.....

.....

.....

.....

Médecin traitant :

.....

Tél

PARTIE 2 : LOISIRS ET SEJOURS

Gestion des médicaments (fournir l'ordonnance):

☐ Autonome, je gère seul (e)
(dans une trousse ou boîte fermée à clef)

☐ Non autonome, confiés aux animateurs

- ☐ Autorise le partage des photos de groupe entre participants des activités et des séjours
- ☐ Autorise l'utilisateur à partir seul (après les activités en semaine)
- ☐ Autorise l'utilisateur à sortir seul lors des séjours
- ☐ Je suis en fauteuil
- ☐ Je ne suis pas en fauteuil mais je peux ponctuellement en avoir besoin

Tel de l'utilisateur :/...../...../...../.....

Mail de l'utilisateur :@.....

PARTIE 3 : MOINS DE 18 ANS

- ☐ Donne mon accord pour la participation de mon enfant (- 18 ans) aux activités extérieures sous la responsabilité d'Esca'
- ☐ Autorise mon enfant mineur à partir seul à la fin de l'accueil de loisirs

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 :

☐ Mère NOM..... PRENOM..... Tél/...../...../...../.....

☐ Père NOM..... PRENOM..... Tél/...../...../...../.....

☐ NOM..... PRENOM..... Tél/...../...../...../.....

PARTIE 4 : POUR LA PRATIQUE D'UN SPORT

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 / / 20.....

Signature et cachet :

**rayer la mention inutile*

PARTIE 5 : PIÈCES À FOURNIR SELON L'ÂGE

Pièces à fournir impérativement

POUR TOUS

- ☐ 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
- ☐ RIB (nécessaire pour d'éventuels remboursements - aucun prélèvement ne sera réalisé)
- ☐ 1 photo d'identité récente à coller en page 1
- ☐ L'autorisation de droit à l'image jointe au dossier
- ☐ 4 timbres

EN + POUR CEUX INSCRITS AU CLUB SPORTIF

- ☐ 1 certificat médical ou celui-ci-dessus complété et signé du médecin

EN + POUR LES – DE 18 ANS

- ☐ La notification CAF ou MSA avec quotient familial et numéro d'allocataire (**moins de 3 mois**)
 - ☐ Copie de l'Allocation Education Enfant Handicapé (AEEH jusqu' à 20 ans)
 - ☐ Photocopie des vaccinations :
- (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication)

Date :
Signature*:

* précédée de la mention « Lu et approuvé »

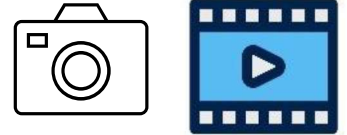
Autorisation de droit à l'image Adapei 49

On prend une photo de moi

On prend une vidéo de moi

C'est mon image

Mon image est à moi



C'est quoi le droit à l'image ?

**Personne ne peut utiliser mon image
sans mon accord**

- J'ai le droit de dire oui
- J'ai le droit de dire non



C'est mon droit

C'est la loi

Cette loi me protège



L'établissement ou le service

a le droit d'utiliser mon image **pendant un an**

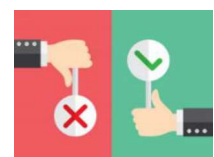


Pour chaque nouvelle image

Je peux changer d'avis

Changer d'avis c'est

pouvoir redire oui ou non



J'ai le droit de regard sur mon image

Le droit de regard

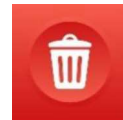
C'est regarder mon image avant

**J'ai le droit de demander**

d'arrêter d'utiliser mon image

**J'ai le droit de demander**

d'effacer mon image



**Mon image peut être utilisée
par l'Adapei 49**

**Pour me reconnaître**

- dans mon dossier
comme Ogirys
- pour ma sécurité
comme sur ma boîte de médicaments
- pour bien m'accompagner
comme sur le tableau d'activités



☐ **Je suis d'accord**

pour que l'on utilise mon image
pour me reconnaître



☐ **Je refuse**

que l'on utilise mon image
pour me reconnaître



**Mon image peut être utilisée
par l'Adapei 49**



Pour communiquer

Par exemple

dans le journal d'un établissement de l'Adapei 49



pour affichage dans mon établissement

dans la vidéo d'une sortie à l'extérieur



☐ **Je suis d'accord**

pour que l'on utilise mon image
à l'Adapei 49



☐ **Je refuse**

que l'on utilise mon image
à l'Adapei 49



**Mon image peut être utilisée
par l'Adapei 49**

en dehors de l'Adapei 49

L'Adapei 49 ne peut pas contrôler
si mon image est réutilisée par quelqu'un d'autre.



Pour communiquer

Par exemple

- dans le magazine Regards croisés
- sur les sites Internet
comme YouTube
- sur les réseaux sociaux
comme Facebook, Instagram
- dans un article dans un journal
- dans un dépliant de mon établissement
un flyer de mon service
- dans un catalogue des produits d'ESAT



☐ **Je suis d'accord**

pour que l'Adapei 49 utilise mon image
en dehors de l'Adapei 49



☐ **Je refuse**

que l'Adapei 49 utilise mon image
en dehors de l'Adapei 49



J'écris mon nom :



.....

J'écris mon prénom :

.....

J'écris mon adresse :

.....

J'écris le code postal :

J'écris le nom de ma ville :

J'écris le nom de mon établissement

ou du service qui m'accompagne :

.....

J'écris la date d'aujourd'hui :

Je signe :



Je ne peux pas remplir le document

Nom prénom de la personne qui remplit :

.....

Par rapport à moi, c'est :

.....

☐ **J'ai plus de 18 ans**



Et j'ai un tuteur

C'est mon tuteur qui signe avec mon accord



Mon tuteur écrit son nom :

.....

Mon tuteur écrit son prénom :

.....

Mon tuteur écrit le nom de son organisme :

.....

Mon tuteur écrit son mail :

.....

Mon tuteur écrit son numéro de téléphone :

.....

Mon tuteur écrit la date d'aujourd'hui :

.....

Mon tuteur signe :



☐ **J'ai moins de 18 ans**



Ce sont les personnes exerçant l'autorité parentale qui doivent signer

L'autorité parentale

C'est l'ensemble des droits et devoirs

Que des personnes ont pour moi

Mes parents ont l'autorité parentale

Le parent 1 écrit son nom :

Le parent 1 écrit son prénom :

Le parent 1 écrit son mail :

Le parent 1 écrit son numéro de téléphone :

Le parent 1 écrit la date d'aujourd'hui :

Mon parent 1 signe :



Le parent 2 écrit son nom :

Le parent 2 écrit son prénom :

Le parent 2 écrit son mail :

Le parent 2 écrit son numéro de téléphone :

Le parent 2 écrit la date d'aujourd'hui :

Mon parent 2 signe :



Mes parents ne s'occupent pas de moi légalement

Un juge a choisi une autre personne pour s'occuper de moi

La personne écrit son nom :

La personne écrit son prénom :

La personne écrit sa fonction :

La personne écrit son mail :

La personne écrit son numéro de téléphone :

La personne écrit la date d'aujourd'hui :

La personne signe :



Informations supplémentaires



© Logo européen Facile à lire et à comprendre : Inclusion Europe. Plus d'informations sur le site easy-to-read.eu. **Ce document a été relu par des bénéficiaires du service Apic's de l'Adapei 49 Adeline H. Doriane L. Cloé C. Fabian L.**