



DOSSIER D'INSCRIPTION

Loisirs et Vacances Adultes

2026-2027

PHOTO

Angers Cholet Autre

Usager : Foyer Domicile familial Logement personnel (chez moi)

NOM: PRENOM:

Date de naissance: / / Sexe: F M

Adresse:

CP: Ville:

@ usager: Tel de l'usager:

Personne en charge du suivi des activités: Mère Père Autre

NOM: PRENOM:

Adresse:

CP: Ville:

@ : Tel:

Mesure de protection: En cours Tutelle Curatelle Habilitation familiale

NOM: Tel:

Mère Père Autre (préciser) @ :

Adresse de facturation: Précisez si vous êtes Mère Père Autre

NOM: PRENOM:

Adresse:

CP: Ville:

@ : Tel:

Date:

Signature:*

Nom du signataire:

Qualité du signataire: Usager Représentant légal

***En signant j'accepte le règlement intérieur du "Loisirs Adultes"**

Infos vie quotidienne

Communication	OUI	NON
Parle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait Lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait lire l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait s'orienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportement	OUI	NON
Crises d'anxiété, cause(s) et manifestation(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phobies, précisez:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conscience du danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers lui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers les autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à errer ou fuguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hygiène	OUI	NON
Gère ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déshabille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lave les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lave le dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lave les cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habitudes de vie	OUI
Sommeil: se lève la nuit	<input type="checkbox"/>
a un lever difficile	<input type="checkbox"/>
se lève tôt (..... h)	<input type="checkbox"/>
Fait la sieste	<input type="checkbox"/>
Alimentation: Mange seul	<input type="checkbox"/>
boit seul	<input type="checkbox"/>
fausse route	<input type="checkbox"/>
Alimentation mixée	<input type="checkbox"/>
Aliments coupés fins	<input type="checkbox"/>
Aliments hachés	<input type="checkbox"/>
Régime végétarien	<input type="checkbox"/>
Régime sans viande	<input type="checkbox"/>
Régime sans porc	<input type="checkbox"/>
Consommation	OUI
Alcool (si oui quantité / jour)	<input type="checkbox"/>
Café (si oui quantité / jour)	<input type="checkbox"/>
Tabac (si oui quantité / jour)	<input type="checkbox"/>
Autre(s).....	Qté

- A un dossier Mouv'Irigo
- Autorise l'usager à partir seul (après les activités en semaine)
- Autorise l'usager à sortir seul pendant les séjours
- Autorise l'usager à rester seul au gîte pendant les séjours
- Autorise le partage des photos de groupe entre participants des activités et séjours
- Gère son argent ou Confié à l'animateur

Autre(s) informations utiles:

Infos santé

En cas d'urgence médicale, j'autorise l'équipe encadrante d'Esca'l à contacter les services de secours, le médecin et à transmettre les informations nécessaires à la prise en charge de l'utilisateur

Pathologies	OUI	NON
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, je gère seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie (si protocole joindre la fiche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquence :		
Signes annonciateurs :		
.....		
.....		
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies : précisez.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Enurésie nocturne/diurne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encoprésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les animateurs n'administrent aucun traitement médical, hors protocoles écrits.

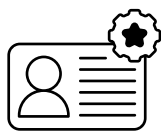
Médecin traitant
NOM: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Prénom: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Tel: <input style="width: 90%;" type="text"/>

Personnes à contacter en cas d'urgence
NOM: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Tel: <input style="width: 90%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père Autre (préciser <input style="width: 40%;" type="text"/>)
NOM: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Tel: <input style="width: 90%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père Autre (préciser <input style="width: 40%;" type="text"/>)

Infos diverses	OUI	NON
Porte un appareil dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte des lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte un appareil auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil de confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal voyant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (s) (appareillage (s)) Précisez:.....		
.....		
A t-il un traitement médical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gère ses médicaments seul? (dans une boîte fermée à clé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attention et soins particuliers:		

Capacités physiques	OUI	NON
Marche bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monte les marches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couchage lit superposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés motrices: (précisez)		

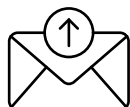
INFORMATIONS PRATIQUES FACTURATION



- A la réception du dossier l'adhésion annuelle est facturée.
- **Le montant est de 25 €**
- La facturation des activités



- Pour les activités en semaine, week-end ou journée, les factures sont envoyées entre le 1er et 10 du mois suivant.
- Pour les séjours, les factures sont envoyées environ un mois avant le départ



- L'envoi des documents (factures, plaquettes etc...) se fait par mail.



- Si vous n'avez pas transmis d'adresses mail, il vous sera facturé une somme pour l'année en plus de l'adhésion afin de vous faire parvenir les divers courriers selon votre choix à préciser ci-dessous.

Je souhaite les documents du **“Loisirs Adultes”** par courrier.
Je serai facturé de 22 € pour l'année.

Je souhaite les documents des **“Séjours”** par courrier.
Je serai facturé de 15 € pour l'année.

JE FOURNIS LES DOCUMENTS SUIVANTS


Pièces pour tous

- | | | |
|--|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Attestation d'assurance de responsabilité civile couvrant la période d'inscription..... | Tous les ans |
| <input type="checkbox"/> | Photo d'identité à coller sur la première page du dossier..... | Tous les ans |
| <input type="checkbox"/> | L'autorisation de droit à l'image jointe au dossier..... | Tous les ans |
| <input type="checkbox"/> | Iban (uniquement utilisé pour d'éventuels remboursements- pas de prélèvement)..... | Facultatif |
| <input type="checkbox"/> | Carte d'identité recto verso..... | } Pour la durée de validité |
| <u>Pièces supplémentaires à fournir si concerné</u> | | |
| <input type="checkbox"/> | Copie Carte d'invalidité recto verso..... | |

Pièces supplémentaires à fournir pour les séjours ou Week-end

- | | | |
|--------------------------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Documents divers (protocole...)..... | Tous les ans |
| <input type="checkbox"/> | Copie de la carte de mutuelle..... | Tous les ans |
| | Carte vitale originale à emporter pendant séjours et week-ends..... | |
| | Carte invalidité originale à emporter pendant séjours et week-ends..... | |

Protection des données personnelles:

 Les informations recueillies dans ce dossier sont nécessaires à l'organisation et à la sécurité des activités et séjours. Elles sont destinées uniquement aux professionnels encadrants et conservées selon la réglementation en vigueur.