



FICHE D'INSCRIPTION

PHOTO
à fournir

PARTICIPANT :

NOM

PRENOM

ADRESSE

MAIL @ TEL

DATE ET LIEU DE NAISSANCE

SEJOUR :

DU : AU :

MESURE DE PROTECTION (TUTEUR OU CURATEUR) :

NOM

Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Tél

Mail @

PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN :

NOM

Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Tél

Mail @

DOCUMENTS A JOINDRE POUR COMPLETER CE DOSSIER:

- Copie/scan d'ordonnance obligatoire pour délivrer du paracétamol, plus traitement en cours
- Copie/scan de l'attestation de carte de sécurité sociale ou de la carte vitale
- Copie/scan de la carte d'assurance complémentaire
- Copie/scan carte nationale d'identité ou passeport
- Copie/scan du passe vaccinal
- Copie/scan notification mdph/carte d'invalidité

ATTESTATION DU SIGNATAIRE :

Je soussigné ou son représentant légal* certifie avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et déclare les accepter. J'autorise le responsable de séjour, en accord avec un médecin, à prendre toutes les mesures nécessaires concernant ma santé*, la santé de la personne accueillie*, y compris la mise en œuvre de tout traitement ou intervention reconnu médicalement urgent. J'autorise également l'utilisation de paracétamol en cas de douleurs ou d'indisposition. Une visite médicale sera effectuée si les symptômes persistent.

Fait à Le

Signature :

* barrer la mention inutile

FICHES DE RENSEIGNEMENTS

NOM **PRENOM**

AUTONOMIE GENERALE: *Très bonne* (Gère seul (e) les actes quotidiens)

Bonne (A besoin d'être guidé (e) pour accomplir les actes quotidiens)

Moyenne (A besoin d'être accompagné(e) pour les actes quotidiens)

Faible (Doit être accompagné(e) pour les actes quotidiens)

	Non/ Ne réalise jamais la tâche	En partie/Avec aide systématique	Oui parfois/Aide partielle	Oui toujours/ Sans aide
Communication				
Lire				
Ecrire				
Compter				
Parler (élocution)				
Utilisation smartphone/ordinateur/consolas/TV, etc...				
Autonomie				
Toilettes (hygiène corporelle/dentaire)				
Habillage				
Gestion de traitements médicaux				
Gestion de budget (faire des achats)				
Cuisiner/aider à la préparation				
Se repérer, s'orienter (sortie seul et revenir)				
Conscience du danger				
Motricité				
Marcher (balades,...)				
Courir				
Nager				
Faire du vélo				
Socialisation				
Respect des règles				
Participer à la vie de groupe				

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM PRENOM

PRISE DE TRAITEMENT :

- Très autonome : pas d'intervention de notre part.
- Autonome : ① simple rappel oral, la personne conserve son pilulier.
② distribution du traitement mais prise autonome, le pilulier est sous la surveillance des encadrants.
- Moyenne autonomie : conservation, distribution et surveillance des différentes prises assurées par le référent secourisme du séjour.

CONTRE INDICATIONS MEDICALES :

.....

.....

VACCINATIONS :

Dernier rappel DT POLIO :

Autres (Covid) :

.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES ALLERGIES ALIMENTAIRES (JOINDRE ORDONNANCE S'IL Y A LIEU)/MEDICAMENTEUSES :

.....

.....

.....

.....

ACTIVITES DECONSEILLEES :

.....

.....

.....

ATTENTIONS PARTICULIERES A APPORTER :

.....

.....

.....

MISES EN GARDE :

.....

.....

.....

AUTORISATIONS :

	OUI	NON	
Boire de l'alcool :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorties seul (e) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>