

Fiche de renseignements

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

N° de Sécurité Sociale :

Caisse d'affiliation :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Numéro(s) de téléphone :

Etablissement fréquenté

Le participant est en établissement : oui non

Si oui, type :

Nom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

Personne référente :

Fonction :

Association gestionnaire :

Régime de protection juridique

Le bénéficiaire est-il sous un régime de protection juridique ? non tutelle curatelle

Personne responsable :

Fonction :

Organisme éventuel :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

Association TOUS CAP

Maison des Associations Sportives 535 Avenue Saint Exupéry 69400 VILLEFRANCHE SUR SAÔNE
associationtouscap@gmail.com 06/16/45/98/73

Association régie par la loi 1901 n°W692004400, reconnue d'utilité publique par affiliation à la FFSA
Immatriculation n°IM094120001 de la Chambre des Associations (CDA) 94100 Saint-Maur-des-Fossés

Garantie financière : Groupama Assurance-Crédit et caution 8/10 Rue d'Astang 75008 PARIS

Assurance RCP Maif 200 Avenue Salvador Allende 7900 NIORT

Toilette et Hygiène personnelle

Entretien personnel	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
Fait sa toilette			
Se brosse les dents			
Se rase			
S'habille			
Change ses vêtements			
Va aux toilettes			

	OUI	NON	Jour/nuit	Protections
Enurétique				
Encoprétique				

Précisions éventuelles :

Alimentation

Alimentation	OUI	NON
Aide pour couper les aliments		
Potomanie		
Nourriture mixée		
Régime alimentaire		
Allergies alimentaires		
Risque de fausse-route		
Café autorisé		
Alcool autorisé		

Précisions éventuelles (allergies alimentaires connues, régime alimentaire, goûts et habitudes alimentaires ...) :

Sommeil

Sommeil	OUI	NON
Se couche tôt (heure)		
Se lève tôt (heure)		
Se réveille la nuit		
Difficultés pour s'endormir		
Peur de l'obscurité		
Angoisses nocturnes / insomnies		
Fait la sieste		

Autres précisions : (habitudes, rituel...)

Santé

	OUI	NON
Port de lunettes de vue		
Port d'une prothèse dentaire amovible		
Port d'une prothèse auditive		
Port de chaussures orthopédiques		

Gestion et suivi de son traitement médical : Autonome Aide partielle Aide totale

Autres précisions utiles :

Autonomie

	OUI	NON
Sait faire un choix parmi plusieurs activités proposées		
Sorties seules sans accompagnement autorisées		
Sorties en petit groupe sans accompagnement autorisées		
Possède un téléphone portable		
➤ Si oui utilisation avec aide		
Gestion de son argent de poche		
➤ Si oui avec aide		

Vie sentimentale :

En couple : oui non

Si oui, avec quel(le) vacancier(e) :

Souhait de partager la même chambre lors des WE/séjours : oui non

Autres précisions :

Activités sportives et de loisirs

	OUI	NON
Baignade autorisée		
Sait nager		
Peurs (vertiges, claustrophobie, animaux...)		
Fatigabilité		
Difficultés motrices		
Peut monter un escalier sans difficultés		
Peut marcher plus d'un kilomètre		

Autres précisions (peurs éventuelles...) :

Médical

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Traitement médical en cours : OUI NON

Fréquence du traitement : MATIN MIDI SOIR COUCHER

Merci de joindre la ou les ordonnances en cours.

Groupe sanguin :

Vaccinations à jour : OUI NON

Si non, merci de procéder à la mise à jour des vaccinations avant le séjour.

Le vacancier a-t-il des allergies connues ? : OUI NON

Si oui, merci de préciser lesquelles :

Régime alimentaire : OUI NON

Si oui, merci de préciser lequel et de nous joindre un document :

Diabète : OUI NON

Si oui, ce diabète implique-t-il des injections ? OUI NON

A quelle fréquence ? :

Asthme : OUI NON

Date de la dernière crise :

Epilepsie : OUI NON

Date de la dernière crise :

Autres maladies connues :

Soins médicaux nécessitant une intervention médicale extérieure : OUI NON

Si oui, lesquels :

A quelle fréquence ? :

Merci de joindre l'ordonnance correspondant à cet acte.

Toute exposition solaire même modérée est-elle déconseillée : OUI NON

Autres recommandations médicales ou sanitaires :

Association TOUS CAP

Maison des Associations Sportives 535 Avenue Saint Exupéry 69400 VILLEFRANCHE SUR SAÔNE
associationtouscap@gmail.com 06/16/45/98/73

Association régie par la loi 1901 n°W692004400, reconnue d'utilité publique par affiliation à la FFSA
Immatriculation n°IM094120001 de la Chambre des Associations (CDA) 94100 Saint-Maur-des-Fossés

Garantie financière : Groupama Assurance-Crédit et caution 8/10 Rue d'Astang 75008 PARIS

Assurance RCP Maif 200 Avenue Salvador Allende 7900 NIORT

Autorisation du responsable légal

Je soussigné,.....agissant en qualité de.....déclare avoir pris connaissance des conditions générales de l'organisation. Le vacancier ou représentant légal déclare qu'il n'y a pas d'interdiction médicale à emprunter nos transports et suivre les activités proposées dans la description du séjour. Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par TOUS CAP.

Certifiée exacte, lu et approuvé à.....le.....

Signature obligatoire :

Association TOUS CAP

Maison des Associations Sportives 535 Avenue Saint Exupéry 69400 VILLEFRANCHE SUR SAÔNE
associationtouscap@gmail.com 06/16/45/98/73

Association régie par la loi 1901 n°W692004400, reconnue d'utilité publique par affiliation à la FFSA
Immatriculation n°IM094120001 de la Chambre des Associations (CDA) 94100 Saint-Maur-des-Fossés

Garantie financière : Groupama Assurance-Crédit et caution 8/10 Rue d'Astang 75008 PARIS

Assurance RCP Maif 200 Avenue Salvador Allende 7900 NIORT