

Fiche de renseignements

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

N° de Sécurité Sociale :

Caisse d'affiliation :

ETABLISSEMENT

Le participant est en établissement : oui non

Si oui, type :

Nom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

Personne référente :

Fonction :

Association gestionnaire :

PROTECTION JURIDIQUE

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

non

tutelle

curatelle

Personne responsable :

Statut :

Organisme éventuel :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

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

	OUI	NON	Jour/nuit	Protections
Enurétique				
Encoprétique				

Alimentation		
	OUI	NON
Aide pour couper les aliments		
Potomanie		
Nourriture mixée		
Régime alimentaire		
➤ Si oui lequel :		
Allergies alimentaires		
➤ Si oui lesquelles :		
Risque de fausse-route		
Café autorisé		
Alcool autorisé		

Précisions éventuelles :

	Vie quotidienne / comportement	
	OUI	NON
Difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, angoisses...		
➤ Si oui, merci de préciser :		
Peur de l'obscurité		
Besoin d'une veilleuse		
Objet fétiche		
➤ Si oui, quel objet :		
Rituels		
Tendance à fuguer		
Conscience du danger		
➤ Si non, dans quelles situations :		

<u>Autres précisions</u> : (habitudes, rituel...)

	Santé	
	OUI	NON
Lunettes		
Prothèse dentaire		
Prothèse auditive		
Chaussures orthopédiques		
Appareil pour l'apnée du sommeil		
Matériel pour aide à la marche (béquilles, déambulateur...)		
➤ Si oui lequel :		
Besoin d'une douche adaptée (barres, siège...)		

<u>Autres précisions utiles</u> :

	Autonomie	
	OUI	NON
Sait faire un choix parmi plusieurs activités proposées		
Sorties seul(es) autorisées durant les WE/séjours		
Autorisé(es) à venir et rentré seul(es) des activités hebdomadaires, WE, séjours.....		
Fumeur		
➤ Si oui, surveillance consommation		
Possède un téléphone portable		
➤ Si oui, utilisation avec aide		
Gère seul son argent de poche		
➤ Si oui, avec aide		
En couple		
➤ Si oui, avec quel adhérent :		
➤ Chambre commune lors des WE/séjours		
Communication verbale		
➤ Si pas de communication verbale, merci de préciser le mode de communication ainsi que des astuces (pictogrammes, signes.....) :		

Autres précisions :

	Activités sportives et de loisirs	
	OUI	NON
Baignade autorisée		
➤ Si oui, sait nager		
Peurs (vertiges, claustrophobie, animaux...)		
➤ Si oui, merci de préciser :		
Fatigabilité		
Difficultés motrices		
➤ Si oui, merci de préciser :		
Peut monter un escalier sans difficultés		
Peut marcher plus d'un kilomètre		
Difficultés ou angoisses pour certaines activités sportives		
➤ Si oui, merci de préciser :		
Contre-indications médicales à une ou plusieurs activités sportives		
➤ Si oui, merci de préciser :		

<u>Autres précisions :</u>

INFORMATIONS MEDICALES

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone/mail :

Traitement médical en cours : OUI NON

Fréquence du traitement : MATIN MIDI SOIR COUCHER

Prise du traitement médical : Autonome Aide partielle Aide totale

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 (infirmière libérale) : 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 :

AUTORISATIONS

Autorisation médicale

J'autorise le responsable de l'activité, en accord avec un médecin et après en avoir été averti, à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux (y compris anesthésie générale) qui s'avèreraient nécessaires et m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux engagés par Tous Cap.

Droit à l'image

J'autorise Tous Cap à utiliser mon image sur tous les supports de communication permettant de promouvoir l'association ; ceci dans le strict respect de la déontologie.

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom/prénom :

Lien de parenté :

Numéro(s) de téléphone :

Fait à :

Le :

Nom/prénom et qualité du signataire :

Signature :