



BULLETIN D'ADHESION 2017-2018 USAGER

J'adhère à l'association Nouvel Envol pour 2017-2018 !

Je participe aux différentes activités de l'association : sports, loisirs et vacances !

Cotisation 20€*

Mme M. **NOM de l'usager :** _____ **PRENOM de l'usager :** _____
Né(e) le : _____ à : _____
Adresse domicile : _____
Code postal : _____ Ville : _____
☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____
E-MAIL : _____
Etablissement fréquenté : _____
Adresse de facturation (si différente de celle-ci-dessus) : _____

Autorisation pour les mineurs et personnes sous tutelle :

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur légal⁽¹⁾ **NOM :** _____ **PRENOM :** _____
Adresse domicile : _____
Code postal : _____ Ville : _____
☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____
E-MAIL : _____

Autorise le membre désigné ci-dessus à adhérer à l'association Nouvel Envol et participer à ses activités ; les responsables à faire procéder à toutes interventions médicales d'urgence.

Date : _____ Signature : _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Père - Mère - Autre _____ **NOM :** _____ **PRENOM :** _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____
E-MAIL : _____

A REMPLIR

- Je paie ma cotisation de **20€**
ET/OU
- Je désire soutenir l'association en faisant un don de€ (un CERFA vous sera fourni pour votre déclaration d'imposition)

Je paie par espèces chèque virement (coordonnées bancaires en pied de page)
En date du.....

J'autorise les responsables de l'association Nouvel Envol, à prendre toute décision d'ordre médical et chirurgical en cas d'accident sérieux nécessitant une intervention urgente.

Les photographies et ou films pris lors des différentes activités de l'association pourront être utilisés pour des outils de communication. Si vous ne souhaitez pas apparaître sur ces derniers, merci de joindre un courrier de refus avec ce bulletin d'adhésion.

Date : _____ Signature : _____

*La cotisation annuelle comprend une assurance couvrant les membres dans toute activité de l'association

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Les renseignements que vous porterez à la connaissance de l'association resteront strictement confidentiels. Ils nous permettront de vous proposer les accompagnements les plus adaptés possibles en lien avec vos attentes.

Nom – Prénom:.....	OUI	NON	Avec Aide
Sait s'habiller seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait se laver seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche aisément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tient-il une marche de 2 heures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillage spécifique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, lequel ?.....			
Difficultés visuelles (précisez :.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficultés auditives (précisez :.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficultés de compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est capable d'exprimer ses désirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficultés d'élocution ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, sait-il se faire comprendre ? Précisez comment :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....			
.....			
Agressivité physique ou verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Envers soi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez sous quelle forme :			
.....			
.....			

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Traitement médical :

La personne suit-elle un traitement médical ? OUI NON

Si oui, lequel ? _____

Régime alimentaire : Sans viande Sans porc Normal Autre :.....

Allergies (Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir) : _____

Difficultés de santé (maladies, accident, hospitalisation, opérations, blessures récurrentes, crise convulsives en précisant les dates et les précautions à prendre) : _____
