

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) : \_\_\_\_\_

### PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Père - Mère - Autre<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ **NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_\_ ☎ Portable : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION POUR LES PERSONNES MINEURS ET SOUS TUTELLES

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur légal<sup>(1)</sup> **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 : \_\_\_\_\_

A REMPLIR

- Je paie ma cotisation de **20€\***
- NOUVEAU :** Je souhaite avoir un tee-shirt de Nouvel Envol à 10€ - Ma TAILLE :  S ;  M ;  L ;  XL
- 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 .....  
**IBAN : FR76 1027 8010 8200 0260 3564 521 BIC : CMCIFR2A**

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 les activités de l'association

<sup>(1)</sup> 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) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_