

Mme  M. **NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

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

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

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

E-mail : \_\_\_\_\_

Etablissement(s) fréquenté(s) : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique :  oui  non

Si oui :  Tutelle  Curatelle, Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

☎ : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

### 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 MINEURES OU SOUS MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

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

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

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 : \_\_\_\_\_

Je paie ma cotisation de **20€\***

Je souhaite avoir un **TEE-SHIRT** de Nouvel Envol à 10€ - Je choisis 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 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 : \_\_\_\_\_

A REMPLIR

\*L'adhésion à l'association 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 permettent de mieux vous connaître et de vous proposer des actions en lien avec vos attentes.

Nom – Prénom:.....	OUI	NON	Avec Aide
Savez-vous vous habillerr seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savez-vous vous laver seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savez-vous nager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savez-vous lire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savez-vous écrire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marchez-vous aisément ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenez-vous une marche de 2 heures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillage spécifique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Si oui, lequel ?</i> .....			
Difficultés visuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Si oui, précisez</i> .....			
Difficultés auditives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Si oui, précisez</i> .....			
Etes-vous capable d'exprimer vos désirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficultés d'élocution ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Si oui, savez-vous vous faire comprendre ?Précisez comment :</i> ..... .....			
Agressivité physique ou verbale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Envers moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Si oui, précisez sous quelle forme</i> ..... .....			
Vous suivez un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Si oui, précisez :</i> .....			
Vous suivez un régime alimentaire particulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Si oui, précisez sous quelle forme ( sans porc, sans viande, autre )</i> .....			
Etes vous autorisez à boire de l'alcool ? ( 1 verre )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des allergies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Si oui, précisez la cause et la conduite à tenir</i> .....			
Difficultés de santé (maladies, accident, hospitalisations, opérations, blessures récurrentes, crises convulsives) précisez les dates et les précautions à prendre :			
.....			
.....			
.....			
Carte d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Si oui, merci de nous joindre la photocopie recto et verso</i>			