

Identité de la personne adhérente

Mme M. **NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

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 : _____

☎ Téléphone: _____ E-mail : _____

Personne à contacter en cas d'urgence

Père - Mère - Autre⁽¹⁾ : _____ **NOM :** _____ **PRENOM :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ Domicile: _____ ☎ Portable : _____

E-MAIL : _____

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile

Contact pour la facturation

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Adresse: _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ Téléphone : _____ E-mail : _____

Autorisation de publication d'image individuelle ou collective

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) _____

Agissant en qualité de (bénéficiaire, tuteur, curateur, mère, père) : _____

Autorise / n'autorise pas l'utilisation de photographies ou de films pris lors des différentes activités de l'association qui pourront être utilisés pour nos outils de communication (site internet, brochures, réseaux sociaux).

Adhérer à l'association en payant sa cotisation de 20€

A REMPLIR

Je paie ma cotisation de **20€***

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'ai une carte d'invalidité : Oui Non

Si oui, je transmets une copie recto/verso

J'autorise les responsables de l'Association Nouvel Envol, à contacter les services médicaux en cas d'accident et/ou d'urgence.

Date : _____ Signature :

*L'adhésion à l'association comprend une assurance couvrant ses membres durant les activités de l'association

AUTORISATION POUR LES PERSONNES MINEURES OU SOUS MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur, Curateur⁽¹⁾ **NOM** : _____ **PRENOM** : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____

E-MAIL : _____

Atteste l'exactitude des informations présentes dans ce bulletin et autorise le membre désigné ci-dessus à adhérer à l'association Nouvel Envol et participer à ses activités. Et autorise les responsables de l'Association Nouvel Envol, à contacter les services médicaux en cas d'accident et/ou d'urgence.

Date : _____ Signature :

¹⁾ Rayer la mention inutile

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS SPORT ET LOISIRS

Nous vous remercions de bien vouloir compléter de façon détaillée et le plus objectivement possible ce document. Grâce à ces informations, nous pouvons proposer des activités adaptées et sécurisées aux participants.

NOM :

PRÉNOM :



Pour mieux vous connaître

- Quelle est votre principale qualité ?
- Quelle est votre principale difficulté ?
- Quels sont vos principaux centres d'intérêts ?
- Avez-vous un rituel ou un objet fétiche ? Si oui lesquels ?



Les gestes du quotidien

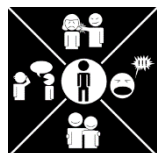
	OUI	NON	Avec AIDE
Est-ce que vous vous habillez seul(e) ?			
Est-ce que vous vous déshabillez seul(e) ?			
Est-ce que vous mettez et enlevez seul(e) vos chaussures ?			
Est-ce que vous vous lavez seul(e) ?			
Est-ce que vous allez aux toilettes seul(e) ?			



Alimentation

	OUI	NON	Si oui préciser
Avez-vous un régime alimentaire particulier ? (Allergies, sans porc, végétarien, mixé, haché...)			
Si vous êtes majeur(e), avez-vous le droit de consommer de l'alcool ?			Nb de verre(s) :

- Peut-il vous arriver d'être violent ? **Oui / Non** (si oui, cocher les cases correspondantes)
 Envers toi Envers les autres Physiquement Verbalement
- Comment vous vous sentez au sein d'un groupe, comment vous comportez-vous ? (À l'écart, dans l'échange, gêné(e), chaleureux(se), stressé(e), à l'aise, besoin d'attention...):



Comportement

- Quelle est votre position face à l'éducateur responsable des activités ? (Réservé(e), à l'écoute, besoin d'attention, en contradiction, communicatif, fuyant...):

- Comment les éducateurs peuvent vous aider à vous canaliser en cas de crise ou de débordement émotionnel ?



Communication

	OUI	NON	Préciser
Est-ce que vous savez lire ?			
Est-ce que vous savez écrire ?			
Est-ce que vous vous exprimer verbalement ?			
Est-ce que vous avez besoin d'un outil d'expression pour mieux communiquer ? (ex : pictogrammes, synthèse vocale...)			



Motricité

- Est-ce que vous êtes à l'aise dans l'eau?

Oui, je sais nager sans aide où je n'ai pas pied Je suis à l'aise dans l'eau mais je reste où j'ai pied

Oui, si j'ai du matériel d'aide à la flottaison (ex : brassards) Non, je reste où j'ai pied

- Quel est votre rythme de déplacement ? Lent Modéré Rapide Je peux courir

	OUI	NON	Préciser
Êtes-vous fatigable lors des sorties extérieures ?			
Avez-vous une aide matérielle aux déplacements (Fauteuil roulant, déambulateur, tripode...)			
Avez-vous des difficultés motrices (Dyspraxie, paralysie, déficit musculaire, douleurs...)			



Santé

- Avez-vous des allergies ? **Oui / Non** (si oui préciser) :

- Avez-vous des difficultés de santé qui nécessitent des points de vigilance ? (exemple : diabète, asthme, sensibilité au soleil, épilepsie, maladie cardiaque...) : **Oui / Non**

(si oui préciser et indiquer la conduite à tenir) :

.....

- Est-ce que vous prenez un traitement ? **Oui / Non**

Si oui, êtes-vous autonome pour le prendre seul ? **Oui / Non** (si non, nous aurons besoin d'une ordonnance afin de délivrer le traitement en cas de prise durant une activité).