



Un établissement spécialisé dans les
séjours adaptés et loisirs à l'attention des
personnes en situation de handicap



Photo d'identité

(À coller)
Pas d'agrafes
SVP

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2022

(Merci de ne plus utiliser les versions antérieures)

La fiche de renseignement annuelle complétée, et accompagnée du règlement de la cotisation annuelle fixée à 25 € ouvre droit aux prestations proposées par notre établissement Au Fil des Loisirs.

Ces renseignements sont destinés à vérifier si la prestation est adaptée à la demande des parents ou du bénéficiaire.

Nous vous demandons de compléter ce dossier de la manière la plus objective et la plus détaillée possible afin de proposer un accompagnement adapté et sécurisé en fonction du degré d'autonomie des participants.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Au Fil des Loisirs, 17 rue du Commando de Cluny 68800

Thann pour la gestion et l'encadrement des séjours et des activités de loisir. La base légale du traitement est le contrat.

Les données marquées par un astérisque dans le questionnaire doivent obligatoirement être fournies. Dans le cas contraire, Au fil des loisirs s'accorde le droit de refuser l'inscription au séjour ou à l'activité. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : les responsables administratifs, les encadrants, les services médicaux compétents si nécessaire. Les données sont conservées pendant toute la durée du contrat qui lie le bénéficiaire à Au fil des Loisirs. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données : dpd@aufildelavie.fr, Association Au fil de la Vie 17 rue du Commando Cluny 68800 Thann.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS*

Bénéficiaire* :

Nom :
Prénom :
Date de naissance : Sexe : M F
Adresse :

Code postal : Ville :
Tél. fixe : Portable :
Mail :
N° de Sécurité Sociale : / / / / / /

Mutuelle : oui non

Carte d'invalidité : oui non

Responsabilité Civile : oui non

Nom et adresse de l'Assureur :

N° de contrat :

Médecin traitant* :

Tél :
Adresse :
Code postal :
Ville :

Régime de protection juridique* :

Non Tutelle Curatelle

Nom :
Organisme :
Adresse :

Code postal : Ville :
Tél. fixe :
Portable :
Tél. professionnel :

Mail :

Etablissement fréquenté* :

Nom :
Prénom :
Adresse :

Code postal :

Ville :
Tél. fixe :
Portable :
Mail :

VIE QUOTIDIENNE

Hygiène* :

Le bénéficiaire :

S'habille t'il seul ? Oui Assisté Non

Se lave-t-il seul ? Oui Assisté Non

Va-t-il seul aux toilettes ? Oui Assisté Non

Est-il énurétique ? Oui Assisté Non

Est-il encoprétique ? Oui Assisté Non

Porte-t-il des protections ? Jour Nuit Non

Le repas* :

Le bénéficiaire :

Sait-il manger seul ? Oui Assisté Non

Mange-t-il mixé ou pré-haché ? entourez Oui Non

Café autorisé ? Oui Non

Contre-indication pour un pique-nique standard niçois poulet et brownie ? Oui Non

(pain blanc, tomate, poulet salade, œuf)

Si oui, pourquoi ?

Précisions : (allergies, particularités) Si oui, Veuillez nous adresser un certificat médical et un protocole personnalisé.

Sommeil :

Heure habituelle du lever : du coucher :

Habitudes particulières : (veilleuse, sieste, appareil nocturne etc.)

Alcool, tabac*

Alcool autorisé ? Oui Non

Bière, cidre, vin ? Oui Non

Alcools forts ? Oui Non

Consignes éventuelles :

Fume-t-il ? Oui Non

Consommation à gérer par un tiers ? Oui Non

Consignes éventuelles :

A-t-il conscience du danger ? Oui Non

Supporte-t-il les longues distances ? Oui Non

A-t-il le mal des transports ? Oui Non

Si oui, quels sont les symptômes ?

Déplacements* :

Béquilles ou canne ? Oui Non

Déambulateur ? Permanent En sorties Non

Fauteuil roulant ? Permanent En sorties Non

Si oui, assure-t-il les transferts seul ? Oui Non

En cas de location de fauteuil ou déambulateur nécessaire : Poids : kg

Tour de taille : cm

Taille : cm

Contre-indications en :

– Voiture/minibus Oui Non

– Bus / Tram Oui Non

– Train Oui Non

– Bateau Oui Non

– Avion Oui Non

VIE SOCIALE

Attentes particulières du bénéficiaire :

Attentes particulières de son entourage

Est-il habitué à la vie en collectivité ? Oui Non

Est-il habitué à sortir seul ? Oui Non

Est-il habitué à rester seul ? Oui Non

Sait-il s'orienter dans un lieu inconnu ? Oui Non

Peut-il demander son chemin ? Oui Non

Choisit-il seul ses loisirs ? Oui Non

S'intègre-t-il à un groupe inconnu ? Oui Non

Phobies (escalator, ascenseur, chiens...)? Oui Non

Précisez

Connait-il la valeur de l'argent ? Oui Non

Gère-t-il seul son argent personnel ? Oui Non

Gère-t-il ses affaires personnelles ? Assisté Oui Non

Sait-il lire ? Oui Non

Sait-il écrire ? Oui Non

Sortie sans encadrement autorisée : Oui Non

Utilisation d'un téléphone autorisée : Oui Non

Utilisation d'internet autorisée : Oui Non

ACTIVITES PHYSIQUES

Peut-il marcher ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sait-il nager ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Faire une promenade ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si aide, avec quoi (bouée, planche, ceinture) ?		
Durée	- 1h <input type="checkbox"/>	1h <input type="checkbox"/>	+ 1h <input type="checkbox"/>	Contre-indications à la baignade ?	
Rythme	Lent <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Dynamique <input type="checkbox"/>	Fait-il du vélo ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Peut-il courir ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sait-il monter à cheval ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
A-t-il le vertige ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	A-t-il le sens de l'équilibre ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

COMPORTEMENT

Comment occupe-t-il ses temps libres (télévision, lecture, musique, dessins, etc.) ?

Comment gère-t-il les moments d'attente ?

A-t-il tendance à s'isoler? Oui Non
 Recherche-t-il la présence Du groupe Des animateurs

Précisions :

Troubles du comportement :

Comportement changeant ? Oui Non

Symptômes :

Angoisses ? Oui Non

Causes :

Attitudes préconisées :

Manifestations agressives ? Oui Non
 Envers soi : Oui Non
 Envers les autres : Oui Non
 Envers les objets : Oui Non

Causes :

Attitudes préconisées :

Autres troubles du comportement ? Oui Non

Attitudes préconisées :

**Si un protocole de communication est mis en place (PECS, Makaton, Coghamo, classeur personnel de pictogrammes etc.), merci de détailler précisément sur feuilles séparées, toutes informations nécessaires à la compréhension, la communication et le bien-être de l'utilisateur pendant ses activités ou son séjour.
Ce classeur devra bien sûr être fourni et accompagner l'utilisateur en toutes circonstances.**

INFORMATIONS NECESSAIRES RELATIVES AU SEJOUR

**Merci de noter ici toutes informations qui pourraient être utiles pour le bon déroulement des activités ou séjour.
(Habitudes, rituels en place...)**

INFORMATIONS de SANTE*

Nom * : _____ **Prénom *** : _____
Sexe * : M F **Né(e) le *** : _____
N° sécurité sociale : / / / / / / **Taille :** cm **Poids** kg **Groupe sanguin :**

Profil sensoriel* :

Déficience auditive ? Oui Non
 Si oui : légère moyenne complète
 Est appareillé ? Oui Non

 Gère-t-il son appareil seul ? Oui Non
Déficience visuelle ? Oui Non
 Si oui : légère moyenne complète
 Est appareillé ? lunettes lentilles
 Autres déficiences sensorielles ? Oui Non
Si oui, précisez :

Prothèse et appareillage* :

Prothèse dentaire ? Oui Non
 La gère-t-il seul ? Oui Non
Matériel orthopédique (*bas de contention, chaussures, etc.*) :
 Oui Non
Si oui précisez :
 Le(s) gère-t-il seul ? Oui Non

Volet médical* :

Vaccination à jour ? Oui Non **Lesquelles ?**

Date des derniers rappels :

Sujet à des crises convulsives, chutes, absences ? Oui Non

Si oui, traitement associé ? Oui Non

Précisez :

Interventions médicales à prévoir au cours du séjour?* Oui Non

Si oui, de quelle nature ? (injections, pansements, soins oculaires, ...)

Fréquence :

Fait par une infirmière ? Oui Non

Fait par lui-même ? Oui Non

Insuffisance cardiaque ? Oui Non

Si oui, précisez :

Allergies ? Oui Non

Si oui, précisez :

Insuffisance respiratoire ? Oui Non

Si oui, traitement ? Oui Non

Sait le gérer ? Oui Non

Régime alimentaire spécial Oui Non

Si oui, précisez :

Mange mixé ? Oui Non

Mange pré-haché ? Oui Non

En cas de crise, précisez quels sont les facteurs avant-coureurs et la conduite à tenir (traitement ou autre) :

Quelle est la conduite à tenir face à certaines situations particulières (crise, refus, abatement, etc.) ?

DOSSIER MEDICAL*

Traitement médicamenteux* :

Traitement médical : Oui Non Le bénéficiaire prend-il seul son traitement ? Oui Non

Pathologies* :

Indiquez les difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, asthme, allergies, hospitalisations, interventions chirurgicales, etc.)

Posologie* :

Veuillez indiquer **LISIBLEMENT** la posologie dans le tableau ci-dessous

Médicaments prescrits	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER HEURE

Contre-indications* :

Le bénéficiaire a-t-il des difficultés particulières (problème cardiaque, résistance à la fatigue, contre-indications à certaines activités, exposition au soleil, etc.) ?

Traitement dit « de confort » ou « si besoin » : Oui Non

Si oui, dans quelles circonstances ? (précisez)

Pour les séjours :

Tout traitement médical devra impérativement être préparé dans un semainier personnel identifié avec nom, prénom et photo, et couvrir la totalité du séjour. Sa préparation est sous la responsabilité de l'établissement ou du représentant légal qui **garantit la bonne composition et la quantité suffisante.**

Les traitements des jours de départ et de retour de séjour devront être isolés dans des piluliers uniques journaliers identifiés avec nom et prénom.

Les ordonnances à jour devront impérativement accompagner tout traitement médical au départ du séjour.

Date, signature et cachet du médecin traitant :

DROIT A L'IMAGE *

Je soussigné(e)

Parent, représentant légal, tuteur/curateur de la personne dénommée ci-après (*rayez les mentions inutiles*) :

NOM : Prénom :

Né(e) le : / / À

Adresse :

.....

N'autorise pas

Autorise

L'Association Au fil de la Vie, à publier, à exposer, à diffuser la (les) photographie(s), le(s) film(s) ou l'(les)enregistrement(s) le représentant pour une durée de 2 ans :

Sur support papier (gazette, flyer, plaquette...)

Sur support numérique (site de l'établissement, Facebook, CD, DVD...)

La création du DVD du séjour offert en cadeau, ou l'envoi des photos prises en activité via un site sécurisé

La publication ou la diffusion de son image, ainsi que les légendes ou commentaires accompagnant cette publication ne devront pas porter atteinte à sa dignité et à sa vie privée.

Fait à

Le / /

Signature du bénéficiaire, du parent, représentant légal, tuteur/curateur (*Précédée de la mention lu et approuvé*)

Dans le cadre du RGPD (règlement général sur la protection des données), nous vous informons que le présent formulaire sera conservé sans limite de durée. Les informations recueillies sont prises en compte par le service « communication » et la direction de l'établissement de rattachement. « Toute personne qui donne son accord pour l'utilisation de son image peut changer d'avis et demander le retrait des photographies, même s'il a signé au préalable une autorisation écrite ». Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez faire une modification ou vous opposer au traitement des données qui vous concernent, merci de bien vouloir nous en informer par e-mail : dpd@aufildelavie.fr ou par courrier : Association Au fil de la Vie – A l'attention du Délégué de la Protection des Données – 17 rue du Commando de Cluny – 68800 THANN.

ATTENTION : Nous tenons à vous rendre vigilant sur l'importance de faire une copie de ce dossier et le conserver précieusement. Par ailleurs, nous vous demandons de nous faire part de tout changement de situation (administratif, médical...) concernant la personne. Nous vous rappelons que cette mise à jour vous incombe. Au fil des loisirs décline toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident dû à un fait non communiqué ou falsifié.

En accord avec un médecin, j'autorise Au fil des loisirs à prendre toutes les dispositions concernant la santé du participant, y compris la mise en œuvre de tout traitement ou d'intervention reconnus médicalement urgents.

J'atteste de l'exactitude des informations transmises et m'engage à informer l'établissement Au fil des loisirs de tout changement afin d'assurer une prise en charge adaptée et sécurisée.

Date et signature : Le / /

LE BENEFICIAIRE

LE REPRESENTANT LEGAL



PIECES A FOURNIR

- Photocopie recto verso couleur de la carte nationale d'identité à jour de validité
- Photocopie de l'attestation vitale de sécurité sociale de l'année en cours
- Carte européenne de santé si séjour à l'étranger
- Photocopie de l'attestation mutuelle en cours
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Autorisation ou refus du droit à l'image détaillée (page 7)
- Règlement de 25 € de la cotisation du « membre utilisateur » (chèque ou virement)
- Photo d'identité en 1^{ère} page

Dossier médical

- Dossier médical à renseigner par le médecin traitant (page 6)
- Ordonnance(s) médicale(s) à jour