|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Logo_AuFilDeLaVie_fr-OK(2).jpg** |

|  |  |
| --- | --- |
| Z:\SECRETARIAT\LOGOS\Logo_Au fil des Loisirs-OK.jpg 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 2024**

(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\* N° à contacter en cas de besoin (urgence) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bénéficiaire\* :** | **Régime de protection juridique\* :** |
| **Nom :**  |       | **Non** **[ ]**  | **Tutelle** **[ ]**  |  **Curatelle****[ ]**  |
| **Prénom :** |       | **Nom :** |       |
| **Date de naissance :** |       | **Sexe :**  | **M** **[ ]  F** **[ ]**  | **Organisme :** |       |
| **Adresse :** |       | **Adresse :** |       |
|  |       |  |       |
| **Code postal :** |       | **Ville :** |       | **Code postal :** |       | **Ville :** |       |
| **Tél. fixe :** |       | **Portable :** |       | **Tél. fixe :** |      |
| **Mail :** |       | **Portable :** |       |
| **N° de Sécurité Sociale :** |   /   /   /   /    /   /   | **Tél. professionnel :** |       |
| **Mutuelle :** | **oui** **[ ]**  | **non** **[ ]**  | **Mail :** |       |
| **Carte d’invalidité :** | **oui [ ]**  | **non [ ]**  | **Etablissement fréquenté\* :**  |
| **Responsabilité Civile :** | **oui [ ]**  | **non [ ]**  | **Nom :** |       |
| **Nom et adresse de l’Assureur :** |       | **Prénom :** |       |
|       | **Adresse :** |       |
| **N° de contrat :** |       | **Code postal :** |       |
| **Médecin traitant\* :** |       | **Ville :** |       |
| **Tél :** |       | **Tél. fixe :** |       | **Ville :** |       |
| **Adresse :** |       | **Portable :** |       |
| **Code postal :** |       | **Mail :** |       |
| **Ville :** |       |  |  |

**VIE QUOTIDIENNE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hygiène\* :** | **Le repas\* :** |
| Le bénéficiaire :  | Le bénéficiaire : |
| S’habille t’il seul ? | Oui [ ]  | Assisté [ ]  | Non [ ]  | Sait-il manger seul ? | Oui [ ]  | Assisté [ ]  | Non [ ]  |
| Se lave-t-il seul ? | Oui [ ]  | Assisté [ ]  | Non [ ]  |
| Va-t-il seul aux toilettes ? | Oui [ ]  | Assisté [ ]  | Non [ ]  | Mange-t-il mixé ou pré-haché ? entourez | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Est-il énurétique ? | Oui [ ]  | Assisté [ ]  | Non [ ]  | Café autorisé ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Est-il encoprétique ? | Oui [ ]  | Assisté [ ]  | Non [ ]  | **Contre-indication pour un pique-nique standard niçois poulet** **et brownie ?** *(pain blanc, tomate, poulet salade, œuf)*  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Porte-t-il des protections ? | Jour [ ]  | Nuit [ ]  | Non [ ]  |
|  |  |  |  | **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\*** | **Déplacements\* :** |
| Alcool autorisé ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | Béquilles ou canne ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |  |
| Bière, cidre, vin ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | Déambulateur ? | Permanent [ ]  | En sorties[ ]  | Non [ ]  |
| Alcools forts ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | Fauteuil roulant ? | Permanent [ ]  | En sorties[ ]  | Non [ ]  |
| **Consignes éventuelles :** |       | Si oui, assure-t-il les transferts seul ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Fume-t-il ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |  |  |  |
| Consommation à gérer par un tiers ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | En cas de location de fauteuil ou déambulateur nécessaire : Poids : |    kg |  |
| **Consignes éventuelles :** |       |  Tour de taille : |      cm |  |
|  |  |  Taille : |       cm |
|  |  | Contre-indications en : |  |  |
|  |  | * Voiture/minibus
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| A-t-il conscience du danger ? |  Oui [ ]  Non [ ]  | * Bus / Tram
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Supporte-t-il les longues distances |  Oui [ ]  Non [ ]  | * Train
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| A-t-il le mal des transports ? |  Oui [ ]  Non [ ]  | * Bateau
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| **Si oui, quels sont les symptômes ?** |        | * Avion
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |

**VIE SOCIALE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Attentes particulières du bénéficiaire :** |        |
| **Attentes particulières de son entourage :** |       |
| Est-il habitué à la vie en collectivité ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | Connait-il la valeur de l’argent ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Est-il habitué à sortir seul ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | Gère-t-il seul son argent personnel ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Est-il habitué à rester seul ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |  Gère-t-il ses affaires personnelles ? |
| Sait-il s’orienter dans un lieu inconnu ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | Assisté [ ]  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Peut-il demander son chemin ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | Sait-il lire ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Choisit-il seul ses loisirs ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | Sait-il écrire ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| S’intègre-t-il à un groupe inconnu ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |  |  |  |
| Phobies (escalator, ascenseur, chiens...)? | Oui [ ]  | Non [ ]  | Sortie sans encadrement autorisée : | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| **Précisez** |        | Utilisation d’un téléphone autorisée : |  Oui [ ]  | Non [ ]  |
|  |  | Utilisation d’internet autorisée : |  Oui [ ]  | Non [ ]  |

**ACTIVITES PHYSIQUES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Peut-il marcher ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | Sait-il nager ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Faire une promenade ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | Si aide, avec quoi (bouée, planche, ceinture) ?       |
| Durée | - 1h [ ]  | 1h [ ]  | + 1h [ ]  | Contre-indications à la baignade ?       |
| Rythme | Lent [ ]  | Modéré [ ]  | Dynamique [ ]  | Fait-il du vélo ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Peut-il courir ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | Sait-il monter à cheval ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| A-t-il le vertige ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | A-t-il le sens de l’équilibre ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |

**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’usager pendant ses activités ou son séjour.****Ce classeur devra bien sûr être fourni et accompagner l’usager 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\* :** | **Prothèse et appareillage \*:** |
| **Déficience auditive** **?** | Oui [ ]  | Non [ ]  | **Prothèse dentaire** **?** | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Si oui : | légère [ ]  |  moyenne [ ]  | complète [ ]  | La gère-t-il seul ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Est appareillé ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | **Matériel orthopédique** *(bas de contention, chaussures, etc.)***:** | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Gère-t-il son appareil seul ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | **Si oui précisez :** |       |
| **Déficience visuelle** **?** | Oui [ ]  | Non [ ]  | Le(s) gère-t-il seul ? |  Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Si oui : | légère [ ]  |  moyenne [ ]  | complète [ ]  |  |  |
| Est appareillé ? | lunettes [ ]  | lentilles [ ]  |  |  |  |
| Autres déficiences sensorielles ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |  |  |  |
| **Si oui, précisez :** |       |  |  |  |

**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, abattement, 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 *(rayer 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 comptent 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 urgentes.**

**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** |
|  |  |



**Pièces à 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 1ère page

Dossier médical

[ ] Dossier médical à renseigner par le médecin traitant (page 6)

[ ] Ordonnance(s) médicale(s) à jour