

## Identité de la personne adhérente

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

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

A contacter pour :  Infos activités  Brochures  Facturation

Je dispose d'une carte d'invalidité :  oui  non

*Si oui, merci de transmettre une copie recto/verso de la carte.*

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

Contacts de l'établissement : \_\_\_\_\_

A contacter pour :  Urgences  Infos activités  Brochures  Facturation

Je bénéficie d'une mesure de protection juridique :  oui  non Si oui, précisez :  tutelle  curatelle

*Si oui, merci d'indiquer les coordonnées ci-dessous.*

## Personnes contacts

*(Parents, tuteurs, établissement...)*

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM :** \_\_\_\_\_ **QUALITÉ** (parents - tuteur - éducateur - autre) : \_\_\_\_\_

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

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

☎Téléphone: \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

A contacter pour :  Urgences  Infos activités  Brochures  Facturation

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM :** \_\_\_\_\_ **QUALITÉ** (parents - tuteur - éducateur - autre) : \_\_\_\_\_

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

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

☎Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

A contacter pour :  Urgences  Infos activités  Brochures  Facturation

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM :** \_\_\_\_\_ **QUALITÉ** (parents - tuteur - éducateur - autre) : \_\_\_\_\_

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

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

☎Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

A contacter pour :  Urgences  Infos activités  Brochures  Facturation

## Autorisation pour les personnes mineures ou sous mesure de protection juridique

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de (tuteur, curateur, mère, père, autre) : \_\_\_\_\_

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 :

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

- Je paie ma cotisation de 20€  
(L'adhésion à l'association comprend une assurance couvrant ses membres durant les activités de l'association)
- 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 **contacter les services médicaux en cas d'accident et/ou d'urgence.**

**J'autorise / n'autorise pas** (Rayer la mention inutile) 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).

Date :

Signature :

# 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 ? .....



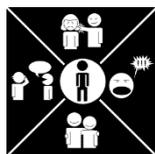
## Les gestes du quotidien

	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) :



## Comportement

- 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...): .....
- 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 avons besoin d'une ordonnance afin de délivrer le traitement en cas de prise durant une activité).