

ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles



Fiche de renseignements séjours CEMAVI

Afin de pouvoir accompagner vos enfants dans les meilleures conditions possibles, vous trouverez ci-après, différents documents et informations à renseigner et à nous renvoyer complétés par mail (complétez seulement ce qui vous concerne).

ATTENTION : Si l'association CEMAVI accueille votre enfant pour la première fois, un rendez-vous est fixé en amont, avec la personne et ses représentants légaux, pour connaître les besoins spécifiques du vacancier / sportif.

- La fiche d'inscription : 1 page
- Autorisation d'hospitalisation d'urgence : 1 page
- Les fiches de renseignements : 10 pages
- Fiche de posologie : 1 page
- L'autorisation de droit à l'image : 1 page

Nous avons également besoins des documents suivants (Si vous les avez déjà fournis, merci de ne fournir que les documents à jour nécessaires) :

- Photocopie carte vitale ou attestation carte vitale
- Photocopie de la carte de mutuelle
- Photocopie dernière ordonnance médicale (si traitement en cours)
- Photocopie carte d'identité

Au départ du séjour : Penser à fournir les originaux.

☹ COVID-19 : Si vous ressentez des signes cliniques de la COVID-19 (perte de goût, odorat, fatigue inexplicable..), merci de le signaler impérativement (en amont à votre famille ou pendant le stage aux encadrants).

ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles



FICHE D'INSCRIPTION

NOM : PRENOM :

Date de Naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Groupe sanguin :

Taille : Poids (facultatif) :

N° sécurité sociale :

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ Ville :

Contact : Famille ou foyer : (En cas de problème pendant le stage)

Nom / Prénom du responsable légal / des responsables légaux :

.....

Numéros de téléphone :

E-mail :

Déjà licencié FFSA 2024/2025 N° licence :

ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles



AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Autorisation :

Je soussigné Mme / M

Représentant légal de Mme/M :

- Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur la personne

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Signature :

ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles



Fiches de renseignements

1. Toilette et hygiène personnelle

Entretien personnel	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Fait sa toilette			
Se brosse les dents			
Se rase			
Se coiffe			
S'habille			
Change ses vêtements			
Change ses sous-vêtements			
Reconnaît ses vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			
	Oui	Non	Autres précisions
Hypersialorrhée (difficulté pour avaler sa salive)			
Est énurétique le jour (incontinence urinaire)			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?
Est énurétique la nuit			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?
Est encopétrie le jour (se retient volontaire d'aller à la selle)			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?
Est encopétrie la nuit			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?
A peur du bain			
A peur de la douche			

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :

ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles



2. Alimentation

Alimentation	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Mange			
Boit			
	Oui	Non	Autres précisions
Faut-il mixer les aliments			
Régime alimentaire			
Risque de fausse-route			
Troubles alimentaires : boulimie, anorexie, etc.			

Informations complémentaires sur les goûts et habitudes alimentaires (ex : quel petit déjeuner, aliments préférés ou rejetés, prend un café après les repas, utilisation des couverts, besoin d'accessoires, etc.)

3. Nuit, sommeil, lever, coucher

Nuit, sommeil, lever, coucher	Oui	Non
Se couche tôt (préciser l'heure)		
A peur le l'obscurité		
A des difficultés pour s'endormir		
Se réveille la nuit		
A des angoisses nocturnes		
A des insomnies		
A un lever difficile		
Se lève tôt (préciser l'heure)		
Fait la sieste		

ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles



Autres précisions et préconisations :

4. Santé

ATTENTION : joindre la fiche ci-jointe relative aux informations médicales ainsi que l'original des ordonnances utiles : médicaments, lunettes, lentilles, soins, etc.

	Autonome	Assistance partielle	Aide totale
Gestion et suivi du traitement médical			
	En permanence	Occasionnellement	Non
Se déplace en fauteuil			
Utilise une canne d'aide à la marche			
Utilise une canne blanche			
Port de lunettes correctrices			
Port de lunettes de protection			
Port de lentilles			
Port d'une prothèse dentaire			
Port d'une prothèse auditive			
Port de chaussures orthopédiques			

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :

ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles



5. Habitudes de vie et comportement

Habitudes de vie/Comportement	Oui	Non
La personne vit-elle habituellement en couple		
La/le conjoint(e) est-elle (il) inscrit sur le même séjour		
Sens social avec une personne connue		
Sens social avec une personne inconnue		
Objet fétiche		
Rituels		
Goûts particuliers		
Tendance à fuguer		
Troubles de la mémoire		
Délires		
Hallucinations		
Phobies		
Crises d'angoisse		
Agressivité		
Automutilation		
Mise en danger de soi (refus de soins, etc.)		
Comportements exhibitionnistes		
Troubles obsessionnels et compulsifs		
Tendance au retrait		
Consommation de boissons alcooliques		
Consommation de tabac		

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles

6. Communication

Communication	Oui	Avec correction	non
Voit			
Entend			
	Oui	Un peu	Pas du tout
Communique par le langage verbal			
Utilisation d'une langue gestuelle (langue des signes française, etc.)			
Utilisation d'une langue gestuelle tactile			
Communique par des attitudes, un gestuel ou objets à valeur de communication			
Communique par pictogrammes, dessins, photos			
Communique par cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée			
Aphasie			
Logorhées/itérations			
	Seul	Avec une aide	Non
Écriture			
Lecture			
Lecture labiale			
Dessin			
Utilisation du téléphone			
Utilisation d'Internet			
Utilisation de logiciels adaptés			
Utilisation d'une table alphabétique ou d'une tablette			
Utilisation d'outils très simplifiés ou adaptés			

ATTENTION



Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :

--

7. Sorties et déplacements

Sorties et déplacements	Oui	Non	Avec une préparation/ Préciser
Se repère dans l'espace			
Se repère dans le temps			
Mémorise un lieu à atteindre			
Mémorise un trajet			
S'adapte à des lieux nouveaux			
Supporte les lieux publics			
Lit l'heure			
Lit les panneaux indicateurs			
Sait demander son chemin			
Sait rentrer à heure fixe			
Sait traverser la chaussée sans danger			
Sort seul sans accompagnement			
Sort en petit groupe sans accompagnement			

8. Gestion de l'argent personnel

	Autonome	Avec une aide	Non
Gestion de l'argent de poche			
Réalisation d'un achat simple			

ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles



Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :

--

9. Activités sportives et de loisirs

Activités sportives et de loisirs	Oui	Non
Sait faire un choix parmi plusieurs activités		
Pratique régulière d'une activité sportive (préciser)		
Pratique régulière d'une activité de loisirs (préciser)		
Fatigabilité (préciser)		
Peut soutenir son attention de manière prolongée (durée d'un film, d'un spectacle)		
Sait nager		
A déjà dormi sous tente, caravane, mobile home		
Peut prendre les repas en dehors du lieu de séjour habituel		
Contre-indication à sortir le soir		

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :

--

ATTENTION



Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles

10. Fiche relative au traitement médical

Déficience / Handicap :

Moteur

Sensoriel

Mental

Cognitif

Psychique

Polyhandicap

Pathologies associées :

.....

.....

Le vacancier gère son traitement : Seul Avec une aide Non

Nom – Prénom du médecin traitant :

Adresse du médecin traitant :

.....

Numéro de téléphone du médecin traitant :

Prescription médicale en cours (joindre l'ordonnance) :

1° Prise des médicaments

Prescription	Matin	Midi	Soir	Coucher
Médicament 1 et doses prescrites :				
Médicament 2 et doses prescrites :				
Médicament 3 et doses prescrites :				
Médicament 4 et doses prescrites :				
Médicament 5 et doses prescrites :				

2° Autres soins prescrits :

--

Groupe sanguin :

Hépatite A : oui non Date du dernier rappel _____

Hépatite B : oui non Date du dernier rappel _____

Tétanos : oui non Date du dernier rappel _____

Grippe : oui non Date du dernier rappel _____

Autres : _____

Allergies connues, aux aliments, aux médicaments, etc-----

Asthmatique oui non Si la réponse est oui, date de la dernière crise :-----

Epileptique oui non Si la réponse est oui, date de la dernière crise :-----

Baignade :	oui	non
Autres activités nautiques :	oui	non
Autres activités sportives :	oui	non

Préciser.....

12

ATTENTION



Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles

Une activité soutenue est-elle déconseillée ?	oui	non
Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée ?	oui	non

Pour les vacancières :

Si prise d'un contraceptif, préciser lequel (médicament ou autre moyen de contraception) -----

La vacancière gère t'elle seule la gestion de sa contraception, ou la prise du médicament ? -----

Le vacancier fume-t-il des produits ? du tabac ?	oui	non
Le vacancier consomme t'il ses boissons alcooliques ?	oui	non
A-t-il une consommation problématique d'alcool ?	oui	non

Indiquer ci-dessous toute autre recommandation médicale ou sanitaire :

Lieu, date et signatures du vacancier ou de son représentant légal :

ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles



Synthèse du séjour par le responsable du séjour :

Nous restons à votre disposition pour plus de précision :

Romain ESCAMILLA – association.cemavi@gmail.com – 06 78 57 83 98

Adrien PHILIPPE – association.cemavi@gmail.com – 06 23 88 78 28

ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles



Autorisation de prises de vues et de diffusion d'images

Dans le cadre de ses différentes activités sportives, notre association peut être amenée à réaliser des photographies ou des vidéos sur lesquelles apparaît votre enfant.

La loi relative au droit à l'image oblige les responsables de notre association à demander une autorisation écrite au responsable légal de l'enfant pour la prise de vue et la diffusion de ces prises de vue.

Je soussigné (e) :

Demeurant à :

Téléphone :

Responsable légal de l'enfant :

Autorise, à titre gratuit, l'association CEMAVI affiliée à la Fédération Française de Sport-Adapté à photographier / filmer mon enfant et à exploiter son image.

Les prises de vues et les images ainsi réalisées seront exploitées exclusivement dans le cadre de la communication interne et externe de notre association CEMAVI, pour ses besoins de formation, de promotion ou d'information du public sur ses activités.

Cette autorisation est valable :

- Pour la réalisation de photos ou d'images dans le cadre des activités de notre association
- Pour la diffusion de ces prises de vue sur différents supports (support papier, support vidéo...) par les membres de notre club, par les journalistes, et les différents partenaires institutionnels ou privés de notre association
- Pour l'édition de documents (plaquette, journal interne et externe...)
- Pour des expositions relatives à notre association
- Pour la publication sur le site Internet de notre club.

Cette autorisation est valable pour la saison sportive 2024-2025 et pourra être révoquée à tout moment. La présente autorisation est incessible.

Fait à, le

Signature