



Coller votre
photo

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU PARTICIPANT

Merci de remplir tous les champs !

Madame

Monsieur

Nom		Prénom		Date de naissance		
N° AVS / AI						
Institution			Appartement			
Téléphone			E-mail			
Adresse					N°	
Code Postal		Ville		Pays		

Personne de référence, à prévenir en cas de besoin

Madame

Monsieur

Nom		Prénom				
Institution			Appartement			
Téléphone		Fax		E-mail		
Adresse					N°	
Code Postal		Ville		Pays		

Genève, le



HANDICAP

Madame

Monsieur

Nom		Prénom		Date de naissance	

Type de handicap :

Description du handicap

Description de la personne et de son comportement

Le		Lieu	
----	--	------	--

Nom		Signature	
-----	--	-----------	--

**ASSURANCES et DECHARGES**

Document indispensable à remplir par le représentant légal de la personne inscrite aux séjours et aux activités de l'association ANYATAS.

Tous les participants doivent être couverts par les assurances suivantes :

Madame**Monsieur**

Nom	Prénom	Date de naissance

	Nom de la compagnie d'assurance	Numéro de police
Maladie		
Accidents		
Responsabilité civile		
Annulation / Rapatriement		

Le répondant légal donne décharge à Anyatas concernant les points suivants, qu'il déclare accepter :

- L'autorisation à voyager.
- En cas de participation à risque, les éventuels accidents survenus lors de son déroulement normal, dans la mesure où l'inscription a été faite en connaissance de cause.
- En cas de maladie ou d'accident, l'autorisation pour le responsable du séjour à prendre toutes les mesures nécessaires correspondant à l'état de santé de la personne. (intervention du médecin, du dentiste, d'un infirmier ou une hospitalisation) en tenant compte des informations à sa disposition (parents, éducateur, médecin traitant).
- Les frais qui en découleraient et qui seraient réglés par l'association Anyatas devront lui être remboursés intégralement.
- L'annonce, à faire au responsable du secteur, sur la feuille de renseignements médicaux ou lors de l'inscription aux séjours ou aux activités, de toute maladie contagieuse grave ou tout problème nécessitant une prise en charge particulière.
- Les conditions de participation aux séjours et la modification éventuelle de séjours pour des raisons indépendantes de notre volonté.

Lu et approuvé, le	Lieu
--------------------	------

Nom du représentant légal	Signature
---------------------------	-----------

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX à faire remplir par le médecin****Madame****Monsieur**

Nom		Prénom		Date de naissance		
Groupe sanguin		Rhésus (+)	<input type="checkbox"/>	Rhésus (-)	<input type="checkbox"/>	
Vaccination : Joindre une photocopie du carnet de vaccination			<input type="checkbox"/>			
Date du dernier rappel du vaccin contre le tétonas						
Allergies : alimentation, piqûres d'insectes, médicaments, etc Joindre les informations utiles			Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Maladies : Fournir pour les maladies connues telles que :

- **Diabète:** les informations sur le régime, sur les médicaments à administrer si nécessaire
- **Epilepsie:** les Informations utiles et notamment la fréquence, les circonstances propices au déclenchement, le comportement approprié et les médicaments à administrer en cas de crise.
- **Cardio-vasculaire:** les informations sur le régime, sur les médicaments à administrer si nécessaire, sur l'activité physique.

Traitements médicaux actuels**- La liste des traitements médicaux mise à jour doit être jointe au pilulier à chaque départ -**

Traitement nécessitant une intervention médicale extérieure	Non		Oui	
Si oui : lesquels ?	Joindre toutes les ordonnances nécessaires :			
Contre-indications	Non		Oui	
Si oui : lesquelles ?				

Autorisation du médecin traitant

Je soussigné		agissant en qualité de	
déclare avoir pris connaissance du dossier et autorise le responsable, après consultation auprès d'un médecin et en cas d'urgence, à faire soigner et hospitaliser le participant et déclare qu'il n'y a pas d'interdiction médicale à suivre les activités proposées dans la description du séjour.			

Lu et approuvé, le		Lieu		Signature	
--------------------	--	------	--	-----------	--



RENSEIGNEMENTS GENERAUX
à remplir avec le plus de précisions possibles

Madame

Monsieur

Nom		Prénom		Date de naissance	
------------	--	---------------	--	--------------------------	--

Autonomie

Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Pas autonome	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	---------	--------------------------	--------------	--------------------------

Comportement - Merci de développer ces thèmes sur le rapport de comportement demandé -

Trouble du comportement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Relation avec l'extérieur	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers soi-même	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Relation avec l'encadrement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers les autres	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Relation avec les vacanciers	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Risque de fugue	Oui		Non		Si risque de fugue, joindre une feuille explicative				

Maladies connues

➤ Diabète	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Epilepsie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Encoprésie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Ethylisme	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Enurésie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Difficultés respiratoires	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Allergie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Problèmes cardiaques	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Si allergie, joindre une feuille explicative et le protocole de traitement si nécessaire.

Communication verbale

Autres modes communications

➤ Langage verbal	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Langage des signes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Compréhension	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>					
➤ Bégayement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>					

Ecrire

Compter

➤ Sait écrire couramment	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Sait compter couramment	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Sait écrire quelques mots	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Sait compter un peu	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Lecture

Argent

➤ Sait lire couramment	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Gère son argent de poche				
➤ Sait lire quelques mots	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Sait lire l'heure	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Orientation

Dans le temps	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Peut se déplacer seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Dans la rue	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Transports publics	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Pour tous déplacements	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Dans les lieux connus	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>					



Madame

Monsieur

Nom		Prénom		Date de naissance	
-----	--	--------	--	-------------------	--

Déplacement, mobilité, autonomie

Difficultés motrices	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Moyens auxiliaires	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Escalier	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Monter seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ En permanence	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Extérieur seulement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Marche	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Cannes anglaises	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Tripodes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Déambulateur	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
					Chaussures orthopédiques	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Autres

➤ Difficultés auditives	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Appareil acoustique	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Difficultés visuelles	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Lunettes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
					➤ Prothèse dentaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Activités physiques

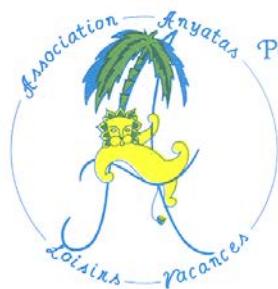
Fatigabilité aux activités	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Sait faire du cheval	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Sorties	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Sait faire du vélo	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Sait faire du ski	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Accompagné	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Randonnée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Baignade autorisée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Aime la randonnée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Sait nager	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Dormir en refuge	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Peut nager seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Dormir sous tente	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Autre, Précisez :					Autre, Précisez :				

Habillement

Sait se vêtir				Choix des habits					
➤ Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Sait choisir ses habits	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
					S'occupe seul de son linge	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

WC

Le jour				La nuit					
➤ Y va seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Y va seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Doit y être envoyé régulièrement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Doit être levé régulièrement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Sujet à la constipation	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Précisez :				
➤ Sujet aux diarrhées	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Précisez :				



Madame

Monsieur

Nom		Prénom			Date de naissance		
-----	--	--------	--	--	-------------------	--	--

Hygiène et soins corporels

Douche				Bain			
➤ Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Seul	Oui	<input type="checkbox"/>
➤ A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>
Sait se laver les cheveux				Sait se raser			
➤ Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Seul	Oui	<input type="checkbox"/>
➤ A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>
Sait se brosser les cheveux				Rasoir électrique			
➤ Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Seul	Oui	<input type="checkbox"/>
➤ Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>
Sait se laver les dents				Rasoir manuel			
➤ Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Seul	Oui	<input type="checkbox"/>
➤ A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>

Repos et sommeil

➤ Coucher, gère seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Heure du coucher		
➤ Lever, gère seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Heure du lever		
➤ Sieste, gère seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Durée de la sieste		
➤ Chambre à plusieurs	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Si non : pourquoi ? préciser		

Consommation

Cigarettes, tabac	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Boissons alcoolisées	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Autonome	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Autonome	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Contrôlée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Contrôlée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Interdite	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Interdite	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Café	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Si autres ajoutez				
➤ Autonome	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Contrôlée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Autonome	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Interdite	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Contrôlée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
					➤ Interdite	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

**Madame****Monsieur**

Nom		Prénom		Date de naissance	
-----	--	--------	--	-------------------	--

Régime alimentaire

Régime Alimentaire	Oui	Non		Si oui : préciser et fournir un plan de régime

Médication

Médicaments	Oui	Non		Pommades ou autres	Oui	Non	
➤ Gère seul	Oui	Non		➤ Gère seul	Oui	Non	
➤ A besoin d'aide	Oui	Non		➤ A besoin d'aide	Oui	Non	

Sexualité

A-t-il des relations sexuelles ?	Oui	Non		Remarques :
Peut-il dormir en couple ?	Oui	Non		
Contraception	Oui	Non		
➤ Gère seul	Oui	Non		
➤ Avec aide	Oui	Non		

Droit à l'image

Au cours des activités organisées par Anyatas, des photos et vidéos peuvent être réalisées. Celles-ci peuvent ensuite être diffusées au travers de différents supports de présentation de l'association (Affichage au sein des locaux de l'association, programmes et rapports d'activités, site internet, exposition lors de manifestations visant à promouvoir l'association, etc.) Chaque image ou vidéo réalisée sera validée par les responsables des activités et de l'association afin qu'elle soit valorisante et dans le respect de la personne représentée.

J'autorise Anyatas à prendre des photos et vidéo me représentant dans le cadre des activités de l'association et à les diffuser

Je n'autorise pas Anyatas à prendre des photos et vidéo me représentant dans le cadre des activités de l'association et à les diffuser

Autres remarques

--	--	--	--

Le		Lieu	
----	--	------	--

Nom		Signature	
-----	--	-----------	--