FOYER D'ACCUEIL et de PROMOTION HUBERT-PASCAL
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale - Loisirs
Siège social & adresse administrative : 318 rue des Costières – 30900 NIMES
Tél : 04 66 23 06 00 - Fax : 04 66 23 87 31 / Courriel : accueil@hubertpascal.org

Photo d'identité

A coller ou agrafer

IMPERATIF

FICHE SIGNALÉTIQUE 2020 - A RETOURNER

LE PARTICIPANT A LA PRESTATION

NOM, PRENOM :

Né(e)le **à**

Téléphone personnel (du participant): **Email :**

Adresse de résidence :

Assurance Responsabilité civile : **N°Contrat :**

L'ETABLISSEMENT DE RESIDENCE / ACCOMPAGNANT SOCIAL

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

ADRESSE :

Téléphone : **Courriel :**

Interlocuteur/référent →Qualité/NOM/Tél:

L'AIDANT FAMILIAL

☐ Père ☐mère ☐ frère/sœur ☐ Ami ☐ Autre……..

NOM-PRENOM :

ADRESSE :

Téléphone : **Courriel :**

LE REPRESENTANT LEGAL

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre ……..

NOM-PRENOM :

ORGANISME (le cas échéant) :

ADRESSE :

Téléphone : **Courriel :**

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'INCIDENT : Nom-Prénom :

Agissant en qualité de :

Adresse complète:

Téléphone : **Courriel :**

Désignée personne de confiance : **OUI ☐** **NON ☐**

Droit à l'image : Je soussigné(e) participant aux activités du SAVS-Loisirs, autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle j'apparais ; ceci, sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée, dans le cadre des activités SAVS-Loisirs.
Je reconnais avoir pris connaissance que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à ma vie privée et, plus généralement, ne sont pas de nature à me nuire ou à me causer un quelconque préjudice.

Fait à le Signature

Je soussigné(e) :
Agissant en qualité de représentant légal de :
valide cette autorisation de prise de vue et de publication de son image dans le cadre des activités du SAVS-Loisirs.

Fait à le Signature

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MEDICAUX

A compléter avec attention – A signer impérativement

NOM, PRENOM : **Né(e) le**

TITULAIRE DE LA « CARTE MOBILITE INCLUSION (Ancienne carte d'invalidité) **:** ☐ **oui** ☐ **non**

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :
Adresse/Tél. :

Date de ma dernière vaccination anti-tétanique : ……..

Consentement éclairé de la personne et participation à la décision de soin

Pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection, le jugement mentionne t'il une restriction à faire valoir son consentement éclairé ? ☐ oui ☐ non – Si oui, joindre la photocopie du document

Traitements médicamenteux - Engagement :

↓ ***Je m'engage à respecter l'extrait du règlement de fonctionnement ci-dessous*** ↓

«Pour ceux d'entre vous qui auraient un **TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX** à prendre durant leur participation aux prestations du SA.V.S., il est **OBLIGATOIRE** de nous fournir une **ordonnance en cours de validité** et de préparer les médicaments **dans leur emballage et dans un pilulier NOMINATIF,** y compris pour les personnes qui sont autonomes dans leur prise de médicaments. Si vous ne respectez pas cette exigence, vous vous verrez refuser le départ à l'activité sans pouvoir prétendre à un quelconque remboursement. »

FAIT A……..... LE : ……..SIGNATURE :

POUR NOUS AIDER A ADAPTER NOTRE ACCOMPAGNEMENT :

TRAITEMENTS, REGIMES ET PRECAUTIONS MEDICALES :

Les allergies : ☐ Aucune ☐ Respiratoire ☐ Alimentaire ☐ de contact

☐ Aux médicaments ☐ Autre Je précise : ……

Les régimes alimentaires : ☐ Aucun ☐ oui → Je précise : ……

……

Boissons contre-indiquées → ☐ gazeuses ☐alcoolisées ☐ autre ……..

Les précautions médicales :……

……

……

……

……

HABITUDES DE VIE ET INDICATIONS PARTICULIERES:

Gestion autonome → du linge : ☐ oui ☐ non → de la toilette, soins d'hygiène : ☐ oui ☐ non

Commentaires : ……

……

. ……

……

……

OBSERVATIONS NECESSAIRES AU BON DEROULEMENT DE LA SORTIE OU DU SEJOUR :

Problème de mobilité : ☐ oui ☐ non **Fatigabilité à la marche** ☐ oui ☐ non

Problématiques diverses : ☐ Vue ☐ Audition ☐ Vertige ☐ Autre ……

……

……

……

……

……

Date : **Signature (Obligatoire)**