



## FICHE SIGNALÉTIQUE 2024

### A RETOURNER

Photo d'identité

A coller ou agraffer

**IMPERATIF**

### 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 ☐ n'autorise pas 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 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

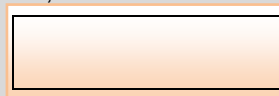
Pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection, le jugement mentionne t'il une restriction à faire valoir son consentement éclairé ? ☐ oui ☐ non – Si oui, joindre la photocopie du document

## 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 S.A.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)

