



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 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 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)