Service d'Accompagnement à la Vie Sociale – Loisirs
318, rue des Costières – 30900 Nîmes
Accueil : 04 66 23 06 00 – Coordinatrice : 04 66 23 12 81
SAVS@hubertpascal.org – secretariat.SAVS@hubertpascal.org

FICHE SIGNALÉTIQUE 2027

À retourner avec le contrat de réservation – une seule fiche par an, à mettre à jour en cas de changement

LE PARTICIPANT

NOM :..... **Prénom :**.....
Né(e) le :..... **à (ville, département) :**.....
Téléphone :..... **Courriel :**.....
Adresse de résidence :.....
.....
Assurance responsabilité civile :..... **N° de contrat :**.....
Titulaire de la carte mobilité inclusion (ancienne carte d'invalidité) : ☐ oui ☐ non

ÉTABLISSEMENT DE PROVENANCE / ACCOMPAGNANT SOCIAL

☐ Foyer / lieu de vie ☐ ESAT ☐ SAVS / SAMSAH ☐ Domicile sans accompagnement ☐ Autre : .....
Nom de l'établissement :..... **Téléphone :**.....
Adresse :..... **Courriel :**.....
Référent (qualité, nom, téléphone) :.....

ENTOURAGE *jusqu'à deux personnes*

Personne 1
☐ Parent ☐ Frère / sœur ☐ Ami(e) ☐ Autre : .....
Nom, prénom :.....
Adresse :.....
.....
Téléphone :.....
Courriel :.....
☐ **À prévenir en cas d'accident**
☐ **Désignée personne de confiance**

Personne 2
☐ Parent ☐ Frère / sœur ☐ Ami(e) ☐ Autre : .....
Nom, prénom :.....
Adresse :.....
.....
Téléphone :.....
Courriel :.....
☐ **À prévenir en cas d'accident**
☐ **Désignée personne de confiance**

REPRÉSENTANT LÉGAL

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre : .....
Nom, prénom :..... **Organisme (le cas échéant) :**.....
Adresse :..... **Téléphone :**.....
Courriel :.....
☐ **À prévenir en cas d'accident**

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), participant(e) aux activités du SAVS-Loisirs, ☐ **autorise** ☐ **n'autorise pas** la prise de vue et la publication de mon image sur différents supports (écrit, électronique, audiovisuel), sans limitation de durée, dans le cadre des activités du SAVS-Loisirs. Ces utilisations ne peuvent porter atteinte à ma vie privée ni me causer de préjudice.

Le participant
Fait à ..... le .....
Signature :

Le représentant légal (le cas échéant), qui valide cette autorisation
Fait à ..... le .....
Signature :

RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

Informations confidentielles, utilisées uniquement par l'équipe encadrante. À compléter avec attention.

SANTÉ

Médecin traitant (nom) :..... **Téléphone :**.....

Adresse :.....

Mesure de protection : le jugement mentionne-t-il une restriction à faire valoir son consentement éclairé aux soins ? ☐ **oui** ☐ **non** *Si oui, joindre la copie du jugement et compléter l'autorisation de soins ci-dessous.*

Allergies : ☐ aucune ☐ respiratoire ☐ alimentaire ☐ de contact ☐ médicaments ☐ autre

Je précise :.....

Régime alimentaire : ☐ aucun ☐ oui, je précise : .....

Boissons contre-indiquées : ☐ gazeuses ☐ alcoolisées ☐ autre : .....

Précautions médicales (épilepsie, asthme, diabète, troubles sensoriels…) :.....

.....

.....

.....

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX - ENGAGEMENT

Je prends un traitement pendant les activités : ☐ **oui** ☐ **non**

Je m'engage à respecter le règlement de fonctionnement : pour tout traitement à prendre pendant une prestation, je fournis **une ordonnance en cours de validité**, au plus tard **le mercredi précédant la sortie**, et je prépare mes médicaments **dans leur emballage et dans un pilulier nominatif**, même si je suis autonome dans ma prise de médicaments. Sans cela, le départ à l'activité pourra m'être refusé, sans remboursement.

À JOINDRE À CETTE FICHE

☐ Une photo envoyée par mail à **secretariat.SAVS@hubertpascal.org** (photo portrait, sur fond clair)

☐ Certificat médical 2027 ☐ Copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile

☐ 1re inscription ou changement : notification MDPH, carte d'identité, attestation de sécurité sociale, carte de mutuelle

☐ Si mesure de protection : copie du jugement (et autorisation de soins ci-dessous signée)

J'atteste l'exactitude des renseignements de cette fiche.

Fait à ..... **le** .....

Signature du participant et du représentant légal (obligatoire)

AUTORISATION DE SOINS *uniquement si mesure de protection avec restriction au consentement éclairé*

Je soussigné(e) .....

représentant légal de la personne désignée au recto, sous mesure de protection avec restriction au consentement éclairé, autorise la mise en œuvre d'urgence de tous soins médicaux et/ou chirurgicaux nécessaires, ainsi que tout rapatriement nécessité par l'état de santé de la personne protégée. La Fondation Hubert-Pascal s'engage à m'informer de la situation le plus rapidement possible en me communiquant les informations en sa possession.

Fait à ..... **le** ..... **Signature du représentant légal** *(et tampon le cas échéant)*

Service d'Accompagnement à la Vie Sociale – Loisirs
318, rue des Costières – 30900 Nîmes
Accueil : 04 66 23 06 00 – Coordinatrice : 04 66 23 12 81
SAVS@hubertpascal.org – secretariat.SAVS@hubertpascal.org

CERTIFICAT MÉDICAL

Valable de janvier à décembre 2027

Je soussigné(e), Docteur .....

certifie avoir examiné Mme, M. .....

né(e) le .....

Date du dernier rappel antitétanique : .....

et atteste qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable à ce jour ne contre-indique la pratique des activités physiques et sportives adaptées **organisées dans le cadre des missions de l'établissement**, y compris en partenariat avec des organismes sportifs extérieurs.

Rayer uniquement les disciplines contre-indiquées :

Sports individuels	Sports d'équipe	Sports d'opposition	Activités et sports de nature	Activités duelles
Manèges à sensation	Basketball	Boxe anglaise, boxe française	Vol à voile (parapente…)	Badminton
Athlétisme et cross	Football	Escrime	Cyclisme / VTT	Pelote basque
Aviron	Handball	Judo, karaté, taekwondo	Canoë-kayak	Tennis
Frisbee, golf, gymnastique	Hockey / gazon	Lutte	Équitation	Surf, voile
Activités physiques d'expression	Rugby		Escalade	Tennis de table
Natation, aquagym	Volleyball		Randonnée pédestre	
Pétanque, boules, quilles			Raquettes à neige	
Patinage, roller			Ski	
Tir à l'arc			Spéléologie	
Motricité				

Observations particulières et informations médicales éventuelles (épilepsie, asthme, allergies, troubles sensoriels, régime alimentaire…) :

.....

.....

.....

Fait à ..... **le** .....

Signature et cachet du médecin