



Dossier d'inscription

Association HarmonIK Impact
13 allée du Prunier Hardy
92220 Bagneux

Bagneux, le/...../20....

A l'attention de M^{me}/M.....

Objet : Dossier d'inscription du vacancier

Madame, Monsieur,

Ce dossier individuel d'inscription à un séjour ou week-end est strictement confidentiel. Nous vous prions de bien vouloir le remplir le plus lisiblement possible au nom du vacancier dont vous effectuez l'inscription.

Il sera utile pour permettre à notre équipe de connaître chaque vacancier, de répondre au mieux à chaque situation, et surtout de faire en sorte que la personne en situation de handicap se sente parfaitement à l'aise et profite au mieux de son séjour.

N'hésitez pas à joindre à ce dossier, si vous le jugez nécessaire, toute **note ou bilan explicatif** détaillant davantage certaines spécificités propres au rythme ou aux besoins du vacancier qu'il vous apparaîtrait important de nous communiquer.

Il nous faudrait notamment

- Ordonnance à jour
- Droit à l'image
- Copie de la carte d'identité du vacancier
- Copie de la carte vitale ou attestation d'assurance maladie
- Copie de la carte d'invalidité
- Attestation de responsabilité civile du vacancier concerné
- Accord de prise en charge financière du week-end ou du séjour.

Vous remerciant de votre confiance, nous vous présentons, Madame, Monsieur, nos salutations dévouées.

Le président de l'association

Ilies Khalout



FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

Dates du séjour :

Destination du/des séjours :

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Vacancier

NOM : PRENOM(S) :

SEXE : DATE DE NAISSANCE : ÂGE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE : ; CP : VILLE :

MUTUELLE:

NOM N° D'AFFILIATION

ADRESSE COMPLÈTE:

Parents ou famille proche

NOM/ PRÉNOM :	NOM/ PRÉNOM :
FILIATION:.....	FILIATION:.....
ADRESSE :	ADRESSE :
CP : VILLE :	CP : VILLE :
TELEPHONE : +..... /	TELEPHONE : +..... /

Institution

NOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

NOM DU RESPONSABLE :

Tél. : +..... / Tél bureau. : +..... /

NOM D'UN AUTRE RESPONSABLE :

Tél. : +..... / Tél bureau. : +..... /



Médecin traitant ou neuropsychiatre :

NOM :

Tél. : / ou Tél. : /

DESCRIPTIF DE LA PERSONNE

Nature du handicap (physiques et/ou mental)

-
-

Personnalité de la personne

Caractère (description) :

-
-
-

Comportement (description des problèmes les plus courants) :

-
-
-
-



Réactions aux stimulations sensorielles (anxiété, agressivité, fugue, etc.) :

- **Toucher:**
- **Vue:**
- **L'odorat:**
- **Goût:**
- **Ouïe:**
- **Thermoception (chaud/froid):**
- **Nociception (douleurs)::**

Situation de vie à la maison, dans l'institution ou le centre de loisirs

En fonction de ses habitudes de vie, quels sont les aspects nécessaires à maintenir pendant les vacances et notamment au niveau de sa vie affective ?

-
-
-

Contacts sociaux (en général) :

Sait-il / elle parler ? ` OUI / NON

Si non, comment s'exprime-t-il / elle ? Gestuelle / Pointage / Image / Cris

Sait-il / elle lire ? OUI / NON

Sait-il / elle écrire ? OUI / NON

Conseils supplémentaires et descriptions

-
-
-



.....
.....
.....

Condition physique

Peut-il / elle participer à toutes les activités physiques ? OUI / NON

Est-il / elle bon marcheur ? OUI / NON

Sait-il / elle nager ? OUI / NON

Si vous avez répondu NON à une des questions précédentes : quelles sont ses limites ?

-
-
-

Hygiène

DOUCHE :

- Est-il / elle indépendant(e) ? OUI / NON

- Prend-il / elle conscience de son hygiène ? (Vêtements, toilette...) OUI / NON

A-t-il / elle besoin d'aide ou d'assistance pour :

- Se raser ? OUI / NON

- Se laver ? OUI / NON

- Se peigner ? OUI / NON

- Le bain ? OUI / NON

- La douche ? OUI / NON

- S'habiller et se déshabiller ? OUI / NON

- Indiquez concrètement de quelle aide ou assistance il / elle a besoin :



.....

.....

.....

.....

- Utilise-t-il / elle des produits spéciaux pour son hygiène ? OUI / NON
- Si oui, lesquels ? Pourquoi ? Expliquez son mode d'emploi.

.....

.....

.....

2. POUR ALLER AUX TOILETTES :

- Est-il / elle indépendant(e) ? OUI / NON
 - Conseils concernant les soins d'hygiène et l'aide éventuellement nécessaire pour cause de handicap physique :

-
-
-

- Menstruations éventuelles (*pendant le séjour*) : Si OUI :

- Date de début :

- Durée :

- Sont-elles douloureuses ?

- Sont-elles : normales / irrégulières / peu abondante / très abondantes (*Rayez les mentions inutiles*)

Commentaires éventuels :

.....

.....

.....

A-t-il / elle besoin d'aide pour changer de serviette hygiénique / linge (couches) ?

Si OUI, commentaires éventuels :

.....



.....
.....
Souffre-t-il / elle régulièrement de constipations ou de diarrhées ?

Si OUI, commentaires éventuels :

.....
.....
- Souffre-t-il / elle d'incontinence pendant la journée ? - Souffre-t-il / elle d'incontinence pendant la nuit ?

Si oui, vos conseils sont de :

-
-
-

Nutrition

- Sait-il / elle manger seul(e) ?

Si non, de quelle aide a-t-il / elle besoin ? :

.....
.....
- Quelles sont ses habitudes d'alimentation ?
(ex : boulimie, refus de certains aliments, régime mixé, ...)

-
-
-



Coucher

- A quelle heure a-t-il / elle l'habitude de se coucher ?
A-t-il / elle des comportements spéciaux durant la nuit ? Si oui, lesquels ?

-
-
-
-

A-t-il / elle l'habitude de dormir (entourer la mention voulu):

- Seul(e) / à deux / à plusieurs
- À la maison / à l'hôpital / à l'institution ?

Est-il nécessaire pour lui / elle de dormir en vacances avec des personnes de la même institution, et lesquelles ?

-
-

Divers et points pratiques

- Temps libre et détente :
Quelles activités aime-t-il faire ? (énumération la plus étendue possible)

-
-
-
-
-



Jusqu'à quel point est-il / elle indépendant(e) dans ses activités ? :

-
.....
.....
.....
.....
.....

A-t-il / elle des hobbies personnels ? Si oui, lesquels ?

-
.....
.....
.....
.....
.....

Comment réagit il / elle vis-à-vis des animaux ?

-

Conseils spécifiques supplémentaires

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Autorisation de droit à l'image

Je soussigné(e) _____ agissant en qualité de _____ et
responsable légal du bénéficiaire: _____

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise **l'association Harmonik Impact** à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques lors des divers évènements organisés par l'association

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par la structure sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, supports numériques, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.

L'association Harmonik Impact **s'interdit expressément** de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à _____, le _____

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »



AUTORISATION DE SOINS ET D'INTERVENTION MÉDICALE

Je soussigné(e) Mme, Mr.en

qualité de..... certifie être représentant légal avec mission de
représentation à la personne du patient désigné ci-dessus et autoriser l'hospitalisation et
l'administration de soins médicaux par l'association Harmonik Impact.

J'autorise l'équipe médico-chirurgicale à intervenir et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa
prise en charge, y compris ceux relatifs à la prise en charge anesthésique.

Toutefois, nous demandons à être préalablement informé de l'hospitalisation et de l'administration
des soins médicaux

Fait à, le

Signature :