

## ADHÉRENT

<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	N° de sécurité sociale :
Caisse d'affiliation :	Prise en charge à 100% : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Handicap et éventuelles pathologies associées :	

## MÉDECIN TRAITANT

<b>NOM :</b>	<b>Téléphone :</b>
Adresse :	
Code postal :	Ville :

## TRAITEMENT

<b>Traitement quotidien :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Si oui, nom des médicaments :</b>
<b>Traitement d'appoint :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Si oui, nom des médicaments :</b>

**Nous vous ferons parvenir avant chaque séjour un tableau des médicaments à nous faire parvenir complété, en nous indiquant les posologies précises et moments de prises des traitements.**

<b>Modalités de prise du traitement :</b> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Avec aide Merci d'indiquer comment se déroule la prise (type d'aide nécessaire, rituels, difficultés éventuelles...) :
<b>Date de dernière modification du traitement :</b>
<b>Prescripteur :</b> <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Autre : précisez le nom et coordonnées :

## INFORMATIONS MEDICALES

<b>Asthme :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Sujet à des crises d'épilepsie :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de la dernière crise : Conduite à tenir :
<b>Sujet à d'autres types de crises :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Conduite à tenir :
<b>Allergie à des médicaments :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels :
<b>Allergie alimentaire :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quels aliments : Aliments de substitution :
<b>Autres allergies :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquelles : Conduite à tenir :

## APPAREILLAGE

Porte des lunettes :  Oui  Non

Gestion :  Autonome  Avec Aide

Précisions sur l'usage au quotidien et l'aide qui doit être apportée :

Porte des appareils auditifs :  Oui  Non

Gestion :  Autonome  Avec Aide

Précisions sur l'usage au quotidien et l'aide qui doit être apportée :

Porte un appareil dentaire :  Oui  Non

Gestion :  Autonome  Avec Aide

Précisions sur l'usage au quotidien et l'aide qui doit être apportée :

Autre appareillage :

## CONTRACEPTION et MENSTRUATIONS

L'adhérente est-elle sous contraceptif :  Oui  Non

Si oui, en est-elle informée ?  Oui  Non

Prend-elle seule son contraceptif ?  Oui  Non

Nom du contraceptif :

Remarques :

Particularités concernant les règles de l'adhérente :  Abondantes  Douloureuses

Conduite à tenir durant cette période :

## CONTRE INDICATIONS

Y a-t-il des contre-indications médicales à la pratique des activités suivantes ?

Baignade surveillée :  Autorisée  Interdite  Dans certaines conditions, précisez :

Activités nautiques :  Autorisées  Interdites  Selon les activités, précisez :

Activités sportives :  Autorisées  Interdites  Selon les activités, précisez :

Evoluer en altitude :  Autorisé  Interdit, à partir de \_\_\_\_\_ mètres d'altitude.

## CONTACTS EN CAS D'URGENCE

Contact 1 en cas d'urgence, si le demandeur n'est pas joignable :

NOM :

Prénom :

Portable :

Adresse email :

Contact 2 en cas d'urgence, si le demandeur et le contact 1 ne sont pas joignables :

NOM :

Prénom :

Portable :

Adresse email :

Je soussigné(e), M / Mme / Mlle :

en qualité de :

responsable légale de l'adhérent

personne habilitée dans le cadre de l'habilitation familiale

tuteur de l'adhérent

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'adhérent.

La présente fiche est valable jusqu'au 8 janvier 2024. Je m'engage à signaler à ACSV toute modification intervenant pendant la durée de validité de ce document.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :