

ADHÉRENT	
NOM :	Prénom :
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	
NOM :	Téléphone :
Adresse :	
Code postal :	Ville :

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

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.

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

INFORMATIONS MEDICALES	
Asthme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Sujet à des crises d'épilepsie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de la dernière crise : Conduite à tenir :	
Sujet à d'autres types de crises : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Conduite à tenir :	
Allergie à des médicaments : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels :	
Allergie alimentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quels aliments : Aliments de substitution :	
Autres allergies : <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 2026. Je m'engage à signaler à ACSV toute modification intervenant pendant la durée de validité de ce document.

Fait à _____, le _____

Signature :