



## DOSSIER D'ADHESION

### A - ADHERENT (DEUX REPONSES POSSIBLES)

- Je suis déjà membre de l'APEI DE SAINT QUENTIN  
 J'adhère déjà par ailleurs à une autre APEI  
(joindre dans ce cas une attestation d'adhésion)

### B - BENEFICIAIRE

J'agis pour le compte de

- mon enfant  
 - le majeur placé sous ma tutelle / ma curatelle  
 - le majeur hébergé dans mon foyer  
 - moi-même (membre sympathisant)  
 - autre cas : préciser

Le but pour le bénéficiaire de l'adhésion est

- de participer aux activités des clubs de loisirs (1)  
 - d'accéder à la rente-survie de l'UNAPEI  
 - autre cas : préciser

#### (1) Pièces à joindre

- photocopie de la carte vitale et de son attestation  
 - photocopie de l'attestation de mutuelle  
 - photocopie de la carte d'invalidité  
et, en prévision des séjours hors de France  
 - photocopie de la Carte d'Identité ou du passeport  
 - formulaire Sécurité sociale E111 (valable 6 mois)

## INFORMATIONS GENERALES

### A - ADHERENT (responsable de l'adhésion)

Mr - Mme - Mlle (rayer les mentions inutiles) Date d'entrée à l'APEI \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
N°, voie \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
Complément \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_  
Code Postal \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Commune \_\_\_\_\_

### B - BENEFICIAIRE (enfant ou majeur protégé)

Mr - Mme - Mlle (rayer les mentions inutiles) Date de naissance \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Nombre de frères et sœurs \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
N°, voie \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
Complément \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_  
Code Postal \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Commune \_\_\_\_\_  
  
Etablissement fréquenté \_\_\_\_\_  
Adresse (n°, voie) \_\_\_\_\_  
Code Postal - Commune \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

### C - TUTEUR OU CURATEUR (si différent de l'adhérent)

Mr - Mme - Mlle (rayer les mentions inutiles) Tribunal de \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
N°, voie \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
Complément \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_  
Code Postal \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Commune \_\_\_\_\_

### D - PERSONNES A CONTACTER

- pour le règlement des cotisations.....	Adhérent	<input type="checkbox"/>	Bénéficiaire	<input type="checkbox"/>	Tuteur/curateur	<input type="checkbox"/>
- pour la vie de l'association.....	Adhérent	<input type="checkbox"/>	Bénéficiaire	<input type="checkbox"/>	Tuteur/curateur	<input type="checkbox"/>
- pour les invitations aux activités.....	Adhérent	<input type="checkbox"/>	Bénéficiaire	<input type="checkbox"/>	Tuteur/curateur	<input type="checkbox"/>
- en cas de problème lors des activités.....	Adhérent	<input type="checkbox"/>	Bénéficiaire	<input type="checkbox"/>	Tuteur/curateur	<input type="checkbox"/>

### E - ASSURANCES (couvrant le bénéficiaire)

	Société d'assurance	N° de contrat
Responsabilité Civile	_____	_____
Individuelle Accidents	_____	_____

## INFORMATIONS "MEDICO-SOCIALES"

**Ces informations, qui restent strictement confidentielles et non informatisées, sont indispensables aux responsables d'activités pour gérer au mieux toutes les situations**

Type de Handicap \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Traitement médical habituel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergies connues \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Régime alimentaire spécifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vaccination Tétanos-Polio : date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Mange seul ? \_\_\_\_\_ Se lave seul ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème d'incontinence ? \_\_\_\_\_ Troubles du sommeil ? \_\_\_\_\_

Appareillage auditif ? \_\_\_\_\_ Dentaire ? \_\_\_\_\_ Lunettes ? \_\_\_\_\_ Autre ? \_\_\_\_\_

Se fatigue vite ? \_\_\_\_\_ A besoin d'une aide pour se déplacer ? \_\_\_\_\_

Recommandations en cas de comportement inhabituel : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Habitudes particulières : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres renseignements importants à signaler (événements personnels ou familiaux particuliers, précautions liées aux convictions religieuses, autres...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Antécédents médicaux et chirurgicaux**

- Maladies graves (pour lesquelles l'intéressé a dû être suivi) :

\_\_\_\_\_

- Interventions chirurgicales :

\_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS

**Attention ! Pour chaque autorisation, veuillez cocher la case rectangulaire et confirmer par votre signature. Merci.**

J'autorise les responsables des Clubs de Loisirs de l'APEI de SAINT QUENTIN en YVELINES, à faire pratiquer sur le bénéficiaire, en cas de nécessité, les soins médicaux ou chirurgicaux indispensables, sachant qu'ils ne sauraient être tenus pour responsables ni des interventions elles-mêmes ni de leurs effets secondaires (allergies par ex.) ou affections nosocomiales.

Signature obligatoire

J'autorise le bénéficiaire à participer aux activités proposées par les clubs, y compris la natation et l'équitation, sauf avis contraire que je signalerai en temps utile.

Signature obligatoire

J'autorise les responsables des Clubs de Loisirs de l'APEI de SAINT QUENTIN en YVELINES, à filmer ou photographier le bénéficiaire lors des activités auxquelles il participe, et à publier ces images sur le site internet de l'APEI de ST QUENTIN.

Signature obligatoire

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_