# Dossier d'inscription

## Espace répit – Terres du son – 12 Juillet 2025

Votre proche est accueilli par une équipe de bénévoles formés, dont un médecin, une infirmière, un aide soignant et 19 autres professionnels ou étudiants du secteur médico social

Plage horaire souhaitée entre 13h30 et 21h
*(exemple : je souhaite que mon proche soit accueilli de 14h30 à 16h)* : .....
.....

## LA PERSONNE ACCUEILLIE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... /..... /..... Age : ..... Sexe : fille ☐ garçon ☐

Trouble(s) ou pathologie(s) : .....

.....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Activités qu'il/elle aime :

.....

.....

.....

Activités qu'il/elle aime n'aime pas :

.....

.....

.....

Trucs et astuces que vous avez à nous partager :

.....

.....

.....

.....

Points de vigilance :

.....

.....

.....

## LA PERSONNE ACCUEILLIE

Nom : ..... Prénom : .....

## RESPONSABLES LÉGAUX

| Responsable légal 1 | Responsable légal 2 |
|---|---|
| **Lien :** ..... | **Lien :** ..... |
| **NOM :** ..... | **NOM :** ..... |
| **Prénom :** ..... | **Prénom :** ..... |
| **Adresse :** ..... | **Adresse :** ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| **Téléphone :** ..... | **Téléphone :** ..... |
| **Mail :** ..... | **Mail :** ..... |
| **Téléphone en cas d'urgence :** | **Téléphone en cas d'urgence :** |
| ..... | ..... |

## SANTÉ

La personne a-t-elle une PAI : Oui ☐ Non ☐

→ Si oui, merci de nous le fournir avec ce document

La personne a-t-elle traitement médical : Oui ☐ Non ☐

→ Si oui, merci de nous le fournir avec ce document

La personne a-t-elle une allergie : Oui ☐ Non ☐

Si oui, laquelle/lesquelles : .....

Autre(s) information(s) : .....

# AUTORISATIONS

**Je / Nous soussigné.e / soussignons : .....**

**Domicilié.e.s : .....**

**Agissant en qualité de : .....**

**Auprès de la personne : .....**

Autorise ☐ N'autorise pas ☐ : L'association Enfance et Pluriel, dans le cadre légal, à filmer, à photographier et à diffuser les photos ou vidéos prises pour et au cours de la journée. Ces prises de vue serviront à enrichir la mémoire de l'association, illustrer notre rapport d'activité, confectionner un album souvenirs ou réaliser des expositions internes. Ces clichés pourraient également, si vous le permettez, être utilisés pour une exposition extérieure ou intégrés à un support média : livre, plaquette de présentation sur le site internet de l'association et pour illustrer les futures brochures et celles de nos partenaires, pour des articles de presse ou encore pour illustrer nos actions sur nos réseaux sociaux.

Autorise ☐ N'autorise pas ☐ : Le personnel encadrant à permettre toute intervention thérapeutiques ou chirurgicale, y compris l'anesthésie, qui serait décidée par une médecin et rendue nécessaire par l'état de santé de la personne

☐ S'engage à fournir une attestation d'assurance de responsabilité civile extra scolaire

☐ S'engage à fournir

- Le repas/goûter selon les horaires d'accueil de votre proche
- Des vêtements de change et protections
- Un chapeau et de la crème solaire

**Je déclare / Nous déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription.**

**Fait à : ..... Le : .....**

**Signature du ou des responsables légaux :**