



DOSSIER D'INSCRIPTION SEJOUR JEUNES ADULTES

Bonjour,

Nous sommes ravis que tu remplisses ce dossier d'inscription pour le séjour Jeunes adultes de L'ENVOL !

Ce séjour, entièrement gratuit, se déroulera du samedi 30 mars au lundi 1^{er} avril 2024 (lundi de Pâques, donc férié), en région. Un transport depuis Paris est organisé par L'ENVOL.

Concernant les médicaments et matériels dont tu as besoin tous les jours, c'est toi qui dois les amener pour toute la durée du week-end. Il n'y aura pas de médecin pendant le séjour, mais l'infirmière-coordinatrice de L'ENVOL, Axelle, sera là pour te donner un coup de main et répondre à tes questions si tu en as besoin.

En tant qu'adulte, tu t'engages à être acteur de ce week-end et responsable avec les autres participants et dans les activités proposées.

Tu dois savoir que :

- Remplir ce dossier ne garantit pas ton inscription. Celle-ci sera confirmée après examen et validation par le service médical de L'ENVOL,
- Tout dossier incomplet entraîne un retard dans son évaluation,
- Joindre **un compte-rendu récent** (d'hospitalisation ou de consultation),
- Joindre la photocopie des vaccinations du carnet de santé,
- Joindre la photocopie de l'attestation de la carte vitale,
- Joindre la photocopie de l'attestation de responsabilité civile,
- Joindre **le certificat médical** ci-joint, rempli par ton médecin.

N'hésites pas à contacter Roxane au 07 49 88 23 54 ou Bénédicte au 07.62.31.33.44 / 01.81.69.49.72 ou par mail à relationsfamilles@lenvol.asso.fr si tu as des questions.

Informations administratives :

Nom/Prénom :

Date de Naissance : Sexe : Homme / Femme/Autre

Adresse :

.....
.....

Code postal Ville

Téléphone portable : Téléphone Domicile :

Email :

As-tu déjà fait un séjour avec L'ENVOL ? OUI / NON Année :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

Adresse si différente :

.....

Téléphone portable : Téléphone Domicile :

Email :

Lien de parenté :

Pour mieux te connaître :

- Suis-tu des études ? OUI / NON

Si oui, lesquelles ?.....

- As-tu un travail ? OUI / NON

Si oui, lequel ?.....

- As-tu déjà fait un séjour Jeunes adultes ?

Si oui, avec quel organisme ?

- Quels sont tes loisirs, tes passions ?

.....
.....

Pour mieux te connaître (suite) :

- Petite description de toi en quelques mots :

.....

- Ce qui te correspond le mieux (plusieurs choix possibles) :

- Dynamique Leader Fatigable Sociable
- Calme Timide Enthousiaste
- Discret Compétitif Autre : _____

Situation Médicale :

Nom (et stade) de la maladie :

Médecin référent :

Hôpital : Service :

Adresse de l'hôpital :

Téléphone et mail du médecin (ou du service) :

Autre professionnel de santé (médecin traitant, assistante sociale, psychologue...) :
 Nom :
 Téléphone et mail :

Médicaments et posologie : (ou joindre une photocopie récente des ordonnances)

Poids :	Taille :
---------	----------

- Médicament 1 :**
- Médicament 2 :**
- Médicament 3 :**
- Médicament 4 :**
- Médicament 5 :**
- Médicament 6 :**

Précautions particulières :

ALLERGIES • Alimentaires NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> , à quoi ? Quelles réactions ? Quelle est la conduite à tenir ?
• Médicaments NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> , à quoi ? Quelles réactions ? Quelle est la conduite à tenir ?
• Autres (animaux, objets...) NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> , à quoi ? Quelles réactions ? Quelle est la conduite à tenir ?
PROBLEME d'ASTHME NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> Quels symptômes ? Quel protocole est à faire ?
REGIME ALIMENTAIRE NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> , lequel ? (ex : sans sel, sans viande, sans porc, sans lactose...)

As-tu des difficultés

- De mobilité NON OUI _____
- D'audition NON OUI _____
- De vue NON OUI _____
- D'expression NON OUI _____
- Port d'un appareil (auditif, lunettes, respiratoire.) NON OUI _____

Souhaites-tu nous préciser d'autres informations (tous sujets confondus) ?

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui te motive / t'attire dans ce séjour ? Quelles sont tes attentes ?

.....

.....

.....

As-tu des appréhensions ?

.....

.....

.....

Autorisations :

Je, (nom et prénom) :

- 1 - AUTORISE le personnel médical de L'ENVOL à m'accompagner dans mes soins et ma prise de médicaments de routine si besoin **OUI**

- AUTORISE, en cas de situation d'urgence, à prendre toutes les mesures nécessaires selon mon état de santé (contacter un médecin, contacter les services de secours, orientation vers une structure hospitalière pour toute intervention médicale et/ou chirurgicale). **OUI**

- RECONNAIS vouloir participer aux activités proposées par L'ENVOL. **OUI**

- 2 - Traitements des données personnelles

Les informations recueillies dans ce dossier d'inscription et le certificat médical sont nécessaires à l'étude de votre candidature et font l'objet d'un traitement informatique par la personne en charge de la base de données de l'association L'ENVOL, destiné à l'équipe médicale et à l'équipe programme, qui seront les seuls destinataires. L'ENVOL s'engage à ne pas communiquer vos coordonnées à des tiers.

- RECONNAIS avoir pris connaissance des mesures concernant les informations transmises dans ce dossier de candidature, et autorise L'ENVOL et les personnes la représentant à utiliser ces données à des fins exclusivement internes dans le cadre de cette candidature, **OUI**

- RECONNAIS être informé(e)s de mon droit de communiquer, rectifier, supprimer ou opposer des informations me concernant. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès, de suppression et de rectification des données me concernant. Pour exercer ce droit, vous pouvez nous écrire à contact@lenvol.asso.fr. **OUI**

- 3 - Utilisation des photos et vidéos

Pendant le séjour, des photos et vidéos seront réalisés. Ces images seront utilisées dans un premier temps pendant le séjour. Ces images seront susceptibles d'être utilisées par la suite dans le cadre de la communication interne/externe de l'association : création de supports d'informations (brochures, site internet, articles...), illustrations du projet de L'ENVOL pendant des réunions d'informations, pendant sa promotion et pendant sa recherche de partenaires (publications de presse, dossiers de recherche de subventions, pour du personnel médical/paramédical, pour d'autres bénéficiaires, auprès d'autres associations, auprès de partenaires, etc...).

L'ENVOL s'engage à ne faire aucune exploitation commerciale de ces images, ni aucun autre usage que celui se rapportant à l'activité de L'ENVOL.

- reconnais avoir pris connaissance des mesures concernant les images réalisées à L'ENVOL,

- et autorise L'ENVOL, SeriousFun Children's Network et ses partenaires à me photographier, me filmer et à utiliser ces prises de vues **recueillies au cours de l'année 2024**

OUI **NON**

Fait à, le / /2024



Certificat Médical

(à faire remplir par son médecin)

Je, soussigné, Dr/Pr _____

Certifie avoir examiné à ce jour Mme / Mr /Autre
_____ et atteste :

- Que dans le contexte épidémique actuel, son statut immunitaire (lié à la maladie ou à un traitement), la présence éventuelle d'une co-morbidité, ou le stade de la maladie (chronique ou aigüe) ne sont pas une contre-indication à sa participation au séjour du 30 mars au 1^{er} avril.
- Est apte à la vie en collectivité
- Que les vaccins obligatoires sont à jour Oui / Non
- A déjà eu la varicelle Oui / Non
- Peut participer à des activités en extérieur tel que le char à voile, promenade en bord de mer, ou des activités physiques telles qu'escalade ou accrobranches Oui / Non / Avec restrictions, précautions _____

Date :

Signature et tampon