



ASSOCIATION
ON SE RENCONTRE

**PRENDRE LE TEMPS
DE SE RENCONTRER**

Vers un espace de convivialité adaptée
aux troubles de la mémoire
Pour rompre l'isolement dans la solidarité



DOSSIER D'INSCRIPTION



« ON SE RENCONTRE »
JE COCHE MON OU MES RDV



« C'EST MIDI », On se retrouve, dans un restaurant de la ville de Carhaix, pour :

- ✓ Partager un déjeuner, dans une ambiance chaleureuse et conviviale,
- ✓ Rencontrer d'autres personnes qui souhaitent, elles aussi, rompre avec l'isolement social,
- ✓ Simuler l'appétence.
 - C'est un groupe ouvert, il n'y a donc pas un nombre maximum de personnes.
 - Le principe est de créer une dynamique sociale encadrée par 5 bénévoles.

NB : il est possible de bénéficier d'un transport assuré par l'association.

« C'EST 4 HEURES », On se retrouve pour :

- ✓ Partager un goûter, dans une ambiance chaleureuse et conviviale,
- ✓ Rencontrer d'autres personnes qui souhaitent, elles aussi rompre, avec l'isolement social,
- ✓ Echanger et Partager des temps de jeux.
 - Le groupe est fermé, l'accueil est limité à un certain nombre de personnes.
 - Le principe est de créer une dynamique sociale encadrée par 5 bénévoles.

NB : il est possible de bénéficier d'un transport assuré par l'association.

Modalités d'inscription*

Merci de retourner par mail ou en mains propres les éléments suivants composant le dossier d'inscription :

- La fiche d'inscription complétée**
- Une attestation de votre contrat d'assurance responsabilité civile, à demander à votre assurance ou votre banque***
- Une photo récente de la personne participante**
- Le questionnaire facultatif**

..... Merci de nous retourner le dossier complet

*L'association dispose d'une assurance de responsabilité civile. Celle-ci permet de s'assurer pour les dommages causés à autrui, elle ne garantit en aucun cas les dommages causés à soi-même. Chacun doit faire le nécessaire pour disposer d'une assurance complémentaire en cas d'accident.

FICHE D'INSCRIPTION

DOCUMENT A RETOURNER :

Contact @mahasiah.org

Date de Réception du dossier
Le/...../.....

Ce dossier-est à compléter. Merci d'apporter un soin particulier aux informations transmises, en étant au plus juste de la réalité.

- « C'est MIDI », Je m'inscris
 « C'est 4 Heures », Je m'inscris

Nom et prénom du participant :.....

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse:

Nom- prénom de l'aidant ou du représentant légal :

.....
.....

Lien avec la personne participante :

Adresse (si différente de la personne participante) :

.....

Code postal : Ville

Téléphone portable :_ /_ /_ /_ /_ Téléphone fixe:_ /_ /_ /_ /_

adresse mail:@.....

Personne à prévenir en cas d'urgence :.....

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Téléphone portable :_ /_ /_ /_ /_

Téléphone fixe :_ /_ /_ /_ /_

AUTORISATIONS

1. Demande d'utilisation de l'image

J'autorise

Je n'autorise pas

« On se rencontre » à utiliser et à diffuser à titre gratuit et non exclusif des photographies ou des films me représentant, réalisés dans le cadre de la vie de l'association. Ces images seront susceptibles d'être utilisées pour la communication de l'association (ex : site, flyer, facebook, presse...).

2. Transport :

Je viendrai par mes propres moyens, à pieds

Je viendrai par mes propres moyens, en voiture

J'utiliserai le transport organisé par l'association

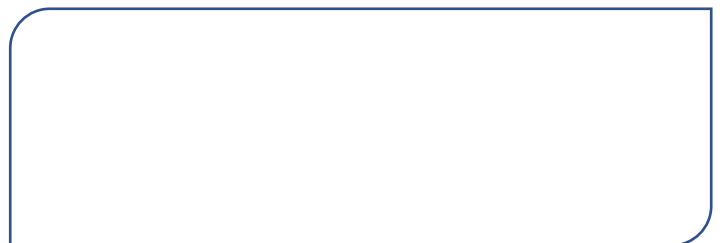
Je soussigné(e) M./Mme

Déclare avoir pris connaissance des conditions générales

Signature de la personne participante :



Signature de l'aidant ou du représentant légal :



QUESTIONNAIRE FACULTATIF

M. ou Mme

MA SANTE

- Je présente une/des pathologie.s ?
Laquelle/lesquelles :

.....
.....
.....

- Je souffre d'une/de maladie.s chronique.s ?
Laquelle/lesquelles

.....
.....
.....

- Je fais des allergies alimentaires ?
Laquelle/lesquelles

.....
.....
.....

- Je prends un traitement le midi ? Avant le repas Au milieu du repas Après le repas
Lequel/lesquelles

.....
.....
.....

MON AUTONOMIE

Comment vous déplacez-vous habituellement (promenades) ?

- A pied (marche+ d'une demi-heure) En déambulateur En fauteuil de confort

Avez-vous personnellement besoin d'assistance dans les actes de la vie quotidienne ?

- Non Oui Si oui, laquelle :

- Aide à domicile Si oui, précisez le service concerné:

MEDECIN TRAITANT Nom :

Ville : Téléphone: _ / _ / _ / _ / _

SSIAD : Téléphone: _ / _ / _ / _ / _

Nombre de passage : /semaine. Les Jour(s) :

1

CABINET INFIRMIER Nom :

Ville: Téléphone: _ / _ / _ / _ / _

Nombre de passage : /semaine. Les Jour(s) :

SERVICE D'AIDE A DOMICILE/ CESU Nom :

Ville: Téléphone: / / / /

LES RISQUES	NON	Si OUI donner des précisions svp	MES DIFFICULTES
Fausse route			
Risque de chute			
Insuline dépendance			
Traitement aniticoagulant			
Prothèses			
Pacemaker			
Déficit sensoriel		Préciser <input type="checkbox"/> Visuel (lunettes) <input type="checkbox"/> Auditif : côté droit <input type="checkbox"/> Auditif : côté gauche <input type="checkbox"/> Appareil dentaire haut <input type="checkbox"/> Appareil dentaire bas	
Fuites urinaires			
Autres			

DIFFICULTES ACTUELLES	Légères	Présentes	Importantes	Sévères
Mémoire immédiate				
Langage				
Reconnaissance des visages				
Gestuelle				
Anxiété				
Tristesse				
Manque d'élan				
Agressivité				
Déambulation				
Perte d'appétit				
Autres :				

MES EXPERIENCES

En collectivité : S'adapte A du mal à s'adapter Refuse la collectivité

Suivi spécialisé : Accueil de jour ex :LA MAJI Hôpital de jour

Expérience d'hébergement : Foyer logement Hébergement temporaire Autre

MES PLAISIRS

Centres d'intérêts :

.....

.....

.....

.....

.....

Sujets de discussion préféré :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aliments préférés & non appréciés :

.....

.....

.....

.....

