



Dossier d'inscription

Espace répit – Terres du son – 11 et 12 Juillet 2026

Vous ou 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

Samedi 11 Juillet Dimanche 12 Juillet

Plage horaire souhaitée entre 13h30 et 19h

(exemple : je souhaite que mon proche ou moi même soit accueilli de 14h30 à 16h) :

.....

LA PERSONNE ACCUEILLIE

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Age : Sexe : Femme Homme

Trouble(s) ou pathologie(s) :

.....

Adresse :

CP : Ville :

Quels sont les besoins de la personne accueillie lors de cette journée ? :

.....

.....

.....

Points de vigilance :

.....

.....

.....

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 :

Etant la personne accueillie

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

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

Fait à : Le :

Signature de la personne ou du responsable légal :