



Données personnelles

Madame Monsieur Membre

Nom, prénom

Institution

Rue

N°

NPA

Lieu

Canton

Téléphone

Natel

E-mail

Date de naissance

Je suis au bénéfice d'une mesure de l'assurance-invalidité

oui

non

Type de prestation AI

AI selon l'article 74 LAI

autre prestation AI

Chambre individuelle (si possible)

N° AVS ou no d'assuré-e

7 5 6

Représentant-e légal-e

Nom, prénom

Rue

N°

NPA

Lieu

Canton

Téléphone

Natel

E-mail

Facture au/à la

Représentant-e légal-e

Participant-e

Cartes

Je possède (veuillez prendre votre abonnement):

AG

Abo

Carte

demi-tarif

d'accompagnant CFF

Date et signature

participant-e ou représentant-e légal-e

Envoyez votre inscription à:

ASPr-SVG | Polio.ch

Team Goodtime, Route du Grand-Pré 3, 1700 Fribourg

goodtime@aspr.ch

Erika Piat

Sophie Piat

Mario Tobler

026 322 94 34

026 322 94 38

076 420 12 33

Inscription Participant-e 2024

Inscription

Participant-e

| | | | |
|--------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Bellwald VS | 10.03.-16.03.24 | Adrienne et Flurin Hungerbühler |
| <input type="checkbox"/> | Kerenzerberg GL | 01.04.-05.04.24 | Joanna Gerber |
| <input type="checkbox"/> | Delémont JU | 11.04.-13.04.24 | Sebastiano Carfora |
| <input type="checkbox"/> | Walchwil ZG | 15.04.-20.04.24 | Brigitte Spescha |
| <input type="checkbox"/> | Interlaken BE | 04.05.-11.05.24 | Ruth Burkhalter et Fritz Bär |
| <input type="checkbox"/> | St-Maurice VS | 26.05.-30.05.24 | Damien Pugliese |
| <input type="checkbox"/> | Interlaken BE | 21.05.-25.05.24 | Susanne Bernadet et Margrit Elber |
| <input type="checkbox"/> | Zug ZG | 14.06.-24.06.24 | Andrea Matzinger et Michael Grünig |
| <input type="checkbox"/> | Leukerbad VS | 29.06.-05.07.24 | André Addor |
| <input type="checkbox"/> | Eichberg SG | 13.07.-26.07.24 | Lotti Messer et Sina Messer |
| <input type="checkbox"/> | Sumiswald BE | 22.07.-03.08.24 | Joanna Gerber et Maïté Rérat |
| <input type="checkbox"/> | Magliaso TI | 10.08.-23.08.24 | Peggy Heinz |
| <input type="checkbox"/> | Interlaken BE | 31.08.-12.09.24 | Annelies Müller et Brigitte Spescha |
| <input type="checkbox"/> | Wilén am Sarnersee OW | 21.09.-02.10.24 | Odette Huwyler et Margrit Elber |
| <input type="checkbox"/> | St-Maurice VS | 11.10.-13.10.24 | Damien Pugliese |
| <input type="checkbox"/> | Walchwil ZG | 12.10.-21.10.24 | Peggy Heinz |
| <input type="checkbox"/> | Interlaken BE | 20.10.-26.10.24 | Thomas Wolf |
| <input type="checkbox"/> | Delémont JU | 31.10.-02.11.24 | Sebastiano Carfora |
| <input type="checkbox"/> | Kerenzerberg SG | 04.11.-11.11.24 | Joanna Gerber |
| <input type="checkbox"/> | Delémont JU | 23.12.24-02.01.25 | Joanna Gerber et Thomas Flühmann |
| <input type="checkbox"/> | Sumiswald | 23.12.24-02.01.25 | Mario Tobler et Peggy Heinz |
| <input type="checkbox"/> | Wildhaus SG | 23.12.24-02.01.25 | Barbara Lussi |

Merci d'envoyer ce formulaire avec le rapport de soins par e-mail ou par courrier à l'adresse ci-contre.

Informations concernant la réservation

Procuration pour informations médicales

Nom, prénom

Institution

Rue, N°

NPA, Lieu

Date de naissance

Lieu / Date

Signature

Personne autorisée : L'ASPr-SVG | Polio.ch est autorisée par ce document à recevoir des informations de mes médecins traitants, du personnel soignant et des propriétaires des établissements. Les médecins traitants et le personnel soignant sont libérés de leur obligation de confidentialité envers le mandataire. Ce dernier doit bénéficier d'un droit de visite dans la mesure du possible.

Soins spécifiques/traitements

| | |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> Hypertension: | |
| <input type="checkbox"/> Hypotension: | |
| <input type="checkbox"/> Contrôle de la tension: | |
| <input type="checkbox"/> Changement de pansement: | Où? |
| <input type="checkbox"/> Risque d'escarre: | Où? |
| Autres/remarques: | |
| | |
| | |

Elimination

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Sonde vésicale: |
| <input type="checkbox"/> Rinçage de la vessie: |
| <input type="checkbox"/> Cathéters sus-pubiens/Cystofix: |
| <input type="checkbox"/> Condom urinaire: |
| <input type="checkbox"/> Protection contre l'incontinence: |
| <input type="checkbox"/> Evacuation des selles: |

Médicaments

Le/la participant-e ou son/sa représentant-e légal-e assume la responsabilité que la remise des médicaments peut éventuellement se faire par une personne non professionnelle. **Les médicaments doivent être préparés dans des doses journalières et étiquetés (semainier)**. N'oubliez pas d'emporter la notice d'emballage. Les informations importantes et les particularités en cas d'urgences ainsi que les médicaments de substitution doivent être emportés.

- Prise régulière de médicaments
- Prise autonome de la médication

Mesures de prudence prescrites par votre médecin ou remarques importantes au sujet des médicaments

Nom de la caisse maladie

Veillez prendre votre carte d'assuré-e.

Moyens auxiliaires

Pour les déplacements:

- Aucun
- Cannes
- Déambulateur
- Fauteuil roulant pliable
- Fauteuil électrique
- Swiss Trac
- Fauteuil manuel non-pliable
- Autres:

Je peux:

- monter les escaliers
- monter dans une voiture
- aider lors de mon transfert
- m'asseoir sur un siège dans un bus adapté

Fixation lors d'excursions en bus

| | |
|--|-------------|
| Mesures du fauteuil roulant | |
| Poids kg: | Largeur cm: |
| Mesures Fauteuil roulant pliable | |
| Poids kg: | Largeur cm: |
| Le/la participant-e fournit le système de fixation au fauteuil roulant (ceinture). L'ASPr-SVG Polio.ch décline toute responsabilité si le/la participant-e ne dispose pas d'un système fiable et sécurisé. | |

Je prends les moyens auxiliaires suivants avec moi

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alèse en plastique (lit) | <input type="checkbox"/> Planche de transfert |
| <input type="checkbox"/> Urinal | <input type="checkbox"/> Plateau tournant |
| <input type="checkbox"/> Bassin de lit | <input type="checkbox"/> Cigogne/lève-personne |
| <input type="checkbox"/> Chaise WC | <input type="checkbox"/> Verticalisateur |
| <input type="checkbox"/> Chaise de douche | <input type="checkbox"/> Appareil auditif |
| <input type="checkbox"/> Lunettes | <input type="checkbox"/> Lentilles |
| <input type="checkbox"/> Orthèse/attelle: | |
| <input type="checkbox"/> Prothèse – Laquelle: | |
| <input type="checkbox"/> Moyen pour communication: | |

Equipement nécessaire

Veillez prendre contact avec la direction du cours

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Potence de lit | <input type="checkbox"/> Lit électrique |
| <input type="checkbox"/> Rehausseur de lit | <input type="checkbox"/> Barrière de lit |

Repas

| Autonome pour | oui | en partie | non |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Manger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Boire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonde PEG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pour les repas il me faut:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assiette à soupe | <input type="checkbox"/> Verre haut |
| <input type="checkbox"/> Tasse haute | <input type="checkbox"/> Paille |

Important: Merci de prendre avec vous la vaisselle adaptée et les serviettes en plastiques.

Mentions légales

Les participants ou leurs représentants légaux sont responsables des couvertures d'assurance (maladie, accident, vol, responsabilité, etc.). En cas d'annulation et sur présentation d'un certificat médical, les frais d'annulation de CHF 50.- seront supprimés et le prix du séjour sera remboursé. Dans des situations particulières, la direction décide de la procédure en accord avec le secrétariat central.

- J'autorise l'ASPr-SVG | Polio.ch de publier des photos me représentant (Faire Face, site internet, etc.).
- J'accepte que mes coordonnées soient transmises au sein de l'événement auquel je participe.
- Je confirme que les informations fournies sont exactes et complètes. Les modifications de l'état général ou de la nécessité de soins seront signalées au secrétariat ou à la direction avant le début de l'événement.
- Je confirme avoir pris connaissance des Conditions Générales de Participation de l'ASPr-SVG | Polio.ch et je les accepte.

Les données personnelles seront traitées de manière confidentielle. La transmission à des tiers n'est autorisée qu'avec le consentement explicite des personnes concernées.

Date et signature