



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.

Données personnelles du/de la participant-e

Nom, prénom

Type de handicap physique

Description précise du handicap

Taille:

Poids:

Le dernier cours auquel j'ai participé est:

N° IBAN

CH

Personne de référence

Numéro d'urgence pendant le cours 24h/7j
(institution et/ou proches)

Nom, prénom

Téléphone

Natel

Médecin traitant

Nom, Prénom

Téléphone

Renseignements supplémentaires

Quel(le)s qualités/loisirs/aptitudes apportez-vous
au sein du groupe?

Particularités et remarques que le responsable de
cours et les accompagnants doivent connaître

Moyen de transport aller-retour

Epilepsie, Description:

Diabète:, Description:

Contrôle de la glycémie autonome par l'encadrement

Description:

Administration d'insuline autonome par l'encadrement

Description:

Alimentation spécifique (végétarien-ne etc.):

Intolérance alimentaire:

Allergie(s):

Sensibilité à l'altitude mètres d'altitude:
(lors d'excursions) dès

Autres (fumeur, fumeuse etc.):

Soins de base

Autonome pour

oui

en partie

non

Se laver les dents

Se raser

S'habiller et se déshabiller

Se laver

Se doucher

Uriner

Aller à la selle

Transfert du lit au fauteuil

Position durant la nuit

Autres soins de base

Instructions détaillées pour les soins de base jour et nuit

Y a-t-il un rapport de soins du home/de l'institution

oui

non

Compléments:

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

- Sonde vésicale:
- Rinçage de la vessie:
- Cathéters sus-pubiens/Cystofix:
- Condom urinaire:
- Protection contre l'incontinence:
- 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

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

Equipement nécessaire

Veillez prendre contact avec la direction du cours

- Potence de lit
- Rehausseur de lit
- Lit électrique
- 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:

- Assiette à soupe
- Tasse haute
- Verre haut
- 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