



Données personnelles

Madame Monsieur Membre Non-membre

Nom, prénom

Institution

Rue

N°

NPA

Lieu

Canton

Téléphone, e-mail

Date de naissance

Je suis au bénéfice OU j'ai bénéficié d'une mesure de l'assurance-invalidité

oui non

Type de prestation AI:

rente AI allocations pour impotent de l'AI
 moyens auxiliaires de l'AI
 autre prestation AI: _____

N° AVS ou n° d'assuré-e

7 5 6

Chambre individuelle (si disponible)

Représentant-e légal-e

Nom, prénom

Rue

N°

NPA

Lieu

Téléphone, e-mail

Facture au/à la représentant-e légal-e

Cartes

Je possède (veuillez prendre votre abonnement):

AG Abo demi-tarif Carte d'accompagnant CFF

Date et signature

participant-e ou représentant-e légal-e

Inscription Participant-e

<input type="checkbox"/> Näfels GL	24.02.–03.03.2025	Verena Brenn et Susann Siegfried
<input type="checkbox"/> Bellwald VS	15.03.–21.03.2025	Adrienne Hungerbühler-Mattmüller
<input type="checkbox"/> Delémont JU	27.03.–29.03.2025	Sebastiano Carfora
<input type="checkbox"/> Berlingen TG	28.03.–30.03.2025	Mario Tobler
<input type="checkbox"/> Walchwil ZG	05.04.–12.04.2025	Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/> Magliaso TI	13.04.–26.04.2025	Peggy Heinz
<input type="checkbox"/> Interlaken BE	26.04.–03.05.2025	Ruth Burkhalter et Fritz Bär
<input type="checkbox"/> Näfels GL	02.05.–09.05.2025	Verena Brenn et Susann Siegfried
<input type="checkbox"/> Delémont JU	12.05.–16.05.2025	Joanna Gerber
<input type="checkbox"/> Interlaken BE	13.05.–17.05.2025	Susanne Bernadet et Margrit Elber
<input type="checkbox"/> Arbon TG	15.06.–20.06.2025	Peggy Heinz
<input type="checkbox"/> Hasliberg BE	28.06.–05.07.2025	Annelies Müller et Myrta Schneider
<input type="checkbox"/> Eichberg SG	12.07.–25.07.2025	Lotti Messer et Sina Messer
<input type="checkbox"/> Magliaso TI	20.07.–01.08.2024	Noémie Hess
<input type="checkbox"/> Sumiswald BE	21.07.–02.08.2025	Peggy Heinz
<input type="checkbox"/> Delémont JU	21.07.–02.08.2025	Joanna Gerber et Thomas Flühmann
<input type="checkbox"/> Interlaken BE, A	06.09.–11.09.2025	Annelies Müller et Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/> Interlaken BE, B	30.08.–06.09.2025	Annelies Müller et Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/> Interlaken BE, C	30.08.–11.09.2025	Annelies Müller et Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/> Vaumarcus NE	01.09.–12.09.2025	Joanna Gerber et Thomas Flühmann
<input type="checkbox"/> Berlingen TG	05.09.–07.09.2025	Peter Kasper
<input type="checkbox"/> Wilen OW	20.09.–01.10.2025	Odette Huwyler et Margrit Elber
<input type="checkbox"/> Zug ZG	22.09.–03.10.2025	Peggy Heinz
<input type="checkbox"/> Berlingen TG	04.10.–11.10.2025	Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/> Walchwil ZG	19.10.–25.10.2025	Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/> Interlaken BE	19.10.–25.10.2025	Thomas Wolf
<input type="checkbox"/> St-Maurice VS	26.10.–31.10.2025	Joanna Gerber
<input type="checkbox"/> Näfels GL	03.11.–10.11.2025	Verena Brenn et Susann Siegfried
<input type="checkbox"/> Delémont JU	13.11.–15.11.2025	Sebastiano Carfora
<input type="checkbox"/> Delémont JU	23.12.2025–02.01.2026	Joanna Gerber et Thomas Flühmann
<input type="checkbox"/> Sumiswald BE	23.12.2025–02.01.2026	Mario Tobler et Peggy Heinz
<input type="checkbox"/> Wildhaus SG	23.12.2025–02.01.2026	Barbara Lussi
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

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

Remarques



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

Personne de référence

Numéro d'urgence pendant le cours (l'institution et/ou un proche)

Nom, prénom

Téléphone, natel

Médecin traitant

Nom, Prénom

Téléphone

Renseignements supplémentaires

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

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

Moyen de transport aller-retour

Si vous cherchez un moyen de transport, veuillez vous adresser à la direction du cours.

Rapport de soins

Epilepsie, description:

Diabète, description:

Contrôle de la glycémie: autonome par l'encadrement

Insuline: autonome par l'encadrement

Alimentation spécifique (végétarien, végétan etc.):

Allergie(s), lesquelles:

Intolérance alimentaire, lesquelles:

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

Fumeur, fumeuse

Soins de base

Autonome pour	oui	en partie	non
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller et se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se doucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à la selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nettoyer les fesses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laver les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert du lit au fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Positionnement durant la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres soins de base

Instructions détaillées pour les soins de base jour et nuit

Veuillez joindre le rapport de soins du home/de l'institution.

Compléments

Soins spécifiques/traitements

Hypertension: _____

Hypotension: _____

Contrôle de la tension: _____

Changement de pansement: OÙ?

Risque d'escarre: OÙ?

Autres/remarques: _____

Élimination

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

Médicaments

Les médicaments doivent être préparés dans des doses journalières et étiquetés (pilulier 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 _____

Veuillez prendre votre carte d'assuré-e.

Moyens auxiliaires

Pour les déplacements: Je peux:

- Aucun monter les escaliers
 Cannes monter dans une voiture
 Déambulateur aider lors de mon transfert
 Fauteuil électrique m'asseoir sur un siège dans un bus adapté
 Fauteuil roulant pliable Fauteuil manuel (non-pliable)
 Swiss-Trac
 Autres: _____

Je prends les moyens auxiliaires suivants avec moi

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

Fixation lors d'excursions en bus

Mesures du fauteuil roulant: Poids kg Largeur cm

Le/la participant-e fournit le système de fixation au fauteuil roulant (ceinture). L'ASPr-SVG décline toute responsabilité si le/la participant-e ne dispose pas d'un système fiable et sécurisé.

Lit de soins (payant)

- Potence de lit Lit électrique
 Rehausseur de lit 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"/>

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

- Assiette à soupe Verre haut Tasse haute Paille

Mentions légales

Les conditions générales de participation s'appliquent, voir programme des cours ou www.aspr-svg.ch/cours.

En cas d'annulation, de modification ou de changement de votre réservation, des frais de traitement de 50 CHF vous seront facturés. Si vous annulez votre réservation, les frais supplémentaires suivants vous seront facturés:

- ❖ 90 à 61 jours avant le départ: 20%
- ❖ 60 à 31 jours avant le départ: 40%
- ❖ 30 à 15 jours avant le départ: 60%
- ❖ 14 à 8 jours avant le départ: 80%
- ❖ Moins de sept jours avant le départ et en cas de non-présentation: 100%.

Les participants ou leurs représentants légaux sont responsables des couvertures d'assurance (maladie, accident, vol, responsabilité, annulation, rapatriement etc.).

Les modifications de l'état général ou de la nécessité de soins seront signalées au secrétariat ou à la direction du cours avant le début de l'événement.

- Je n'autorise pas l'ASPr-SVG | Polio.ch de publier des photos me représentant (Faire Face, site internet, Facebook etc.).
 Je n'accepte pas que mes coordonnées soient transmises au sein de l'événement auquel je participe.

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

Procuration pour informations médicales

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.

Date et signature _____