|  |
| --- |
| L’Espace Art Vif est ouvert du dimanche soir à 20h00 au vendredi après-midi à 16h00.     Demande d’inscription (à nous retourner complétée et signée) |
|   |
| Nom : | Prénom : |
| Né(e) le : | A : |
| Lieu d’origine : | Nationalité : |
| Numéro AVS : | Domicile légal : |
| Téléphone :  |
| Existe-t ’il un curateur ? Si oui, nom, adresse, no de tél. et e-mail du/de la curateur/trice  | Type de curatelle : |
|  |  |
| Existe-t ’il un tuteur ? Si oui, nom, adresse, no de tél. et e-mail du/de la tuteur/trice | Type de tutelle : |
| Nom et adresse du représentant légal (y compris no de tél. et e-mail) : |
| Factures à adresser à (nom, adresse, no de tél., e-mail) : |
| Garantie de paiement par (nom, adresse, no de tél., e-mail) : |
| Assurance accident (police d’assurance, nom, adresse, no d’assuré) :(joindre une copie de l’assurance accident) |
| Assurance maladie (nom, adresse, no d’assuré) :(joindre une copie de la carte d’assurance) |  |
| Assurance responsabilité civile (police d’assurance, nom, adresse, no d’assuré) :(joindre une copie de la police d’assurance accident)*(Tout dégât causé intentionnellement ou non sera facturé à l’organisme responsable du placement et/ou aux parents)* |
| Existe-t ‘il des problèmes particuliers de santé ou d’alimentation à prendre en compte ?(Appétit, nourriture, sommeil, incontinence, allergie, etc.)Particularités (lunettes, appareils spéciaux, etc.) : |
| Actuellement en traitement :Médecin : oui non Nom, adresse, no tél., mail : |
| Actuellement en traitement :Dentiste : oui non Nom, adresse, no tél., mail : |  |
| Actuellement en traitement :Oculiste : oui non Nom, adresse, no tél., mail : |  |
| Y a-t-il une thérapie en cours ? oui Par qui ? (Nom, adresse, no tél., e-mail) :Médication **(joindre une copie de l’ordonnance)**  :Posologie : |  non  |
| Les détenteurs de l’autorité parentale autorisent les spécialites du SPE/SPP à donner les informations à la direction d’Art Vif leur permettant d’évaluer la situation et les mesures à mettre en place pour l’usager : Autorisation accordée : Oui Non  |
| Niveau scolaire actuel : |  |
| Nombre d’année d’école suivies : |  |
| En classe chez : | Lieu : |
| Emploi actuel : |  |
| Employeur (nom, adresse, no tél. e-mail) : |  |
| Ecole professionnelle : |  |
| Date de l’arrêt de la dernière formation ou année d’école :  |
| Sports pratiqués ou activité de loisir : |  |
| Pour les internes : Personnes autorisées à héberger l’usager durant les week-ends et congés (Nom, adresse, no de tél. e-mail) : |
| Père :  |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Téléphone / e-mail : |
| Date de naissance : | Profession : |
| Etat civil : |  |
| Employeur actuel (nom, adresse, no de tél) : |
| Mère : |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Téléphone / e-mail : |
| Date de naissance : | Profession : |
| Etat civil : |  |
| Employeur actuel (nom, adresse, no de tél) : |
| Autres enfants ou frère et sœur (prénom et âge) : |
| Pour les étrangers, pays, région d’origine :Date d’arrivée en Suisse (père) :Date d’arrivée en Suisse (mère) :Date d’arrivée en Suisse (usager) : |
| Demandes, remarques et propositions : |

Lieu et date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature usager : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature parent / représentant légal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_