

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

Date de naissance : _____ à _____ Sexe : F M

Téléphone : _____ Travailleur : OUI NON

E-mail : _____

Coordonnées du responsable de la personne : (à qui le courrier administratif sera envoyé)

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

Lien avec la personne : _____ Mesure de protection : OUI NON Préciser : _____

Adresse complète : _____

CP/Ville: _____ E-mail : _____



Fixe : _____



Portable : _____

Personne en charge du règlement : (si différent du responsable de la personne)

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

Adresse complète: _____

CP/Ville: _____ E-mail : _____



Fixe : _____



Portable : _____

Lieu de vie

ET/OU

Service d'Accompagnement :

Famille Appartement Autre : _____

Service d'Accompagnement : OUI NON

Précisez (SAVA, SAVS,...) : _____

Nom de la structure : _____

Nom de la structure : _____

Adresse complète : _____


Adresse complète : _____


CP/Ville : _____


CP/Ville : _____


E-mail : _____

E-mail : _____

 Fixe : _____

 Fixe : _____

 Portable : _____

 Portable : _____


Nom du responsable de l'établissement ou du référent : _____


Souhaitez-vous recevoir la convocation ?

OUI NON

Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

 Fixe : _____

 Portable : _____

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

<p><u>Habitudes de vie :</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Se réveille la nuit</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Se lève tôt</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Se couche tôt</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fait la sieste</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Aime se rendre utile</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Toujours besoin d'un objet</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Êtes-vous en couple ?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>↳ Si oui, souhaite partager sa chambre ?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nom du conjoint : _____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Fumeur</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Gère sa consommation seul</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Si non, nombre de cigarettes/jour _____</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p><u>À Table :</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A besoin d'un bavoir</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Se sert seul</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Connaît les quantités</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Utilise le couteau</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>La fourchette / Cuillère</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Régime alimentaire (à joindre)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Précisez : _____</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p><u>Capacités :</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Sait gérer son argent</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sait compter</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>A la notion du temps</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sait lire l'heure</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Repère les lieux</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bon marcheur</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fatigabilité</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hémiplégie</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>En fauteuil de confort</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>En déambulateur</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sait monter un escalier</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Peut dormir à l'étage d'un lit superposé</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sait nager</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Baignade surveillée autorisée</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sorties seul autorisées</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Peut rentrer seul depuis lieu de RDV</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p><u>Ce que j'aime:</u> - _____ - _____</p> <p><u>Ce que je n'aime pas :</u> - _____ - _____</p>		OUI	NON	Se réveille la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se lève tôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se couche tôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fait la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aime se rendre utile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toujours besoin d'un objet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous en couple ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↳ Si oui, souhaite partager sa chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom du conjoint : _____			Fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gère sa consommation seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si non, nombre de cigarettes/jour _____				OUI	NON	A besoin d'un bavoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sert seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Connaît les quantités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilise le couteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La fourchette / Cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Régime alimentaire (à joindre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____				OUI	NON	Sait gérer son argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait compter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A la notion du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait lire l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Repère les lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bon marcheur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hémiplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En fauteuil de confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait monter un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut dormir à l'étage d'un lit superposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baignade surveillée autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorties seul autorisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut rentrer seul depuis lieu de RDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Communication:</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Parle sans difficultés</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Difficultés de compréhension</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Se fait comprendre</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sait téléphoner</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sait lire</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sait écrire</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Recopie</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sait écrire son nom et prénom</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sait faire son courrier</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sait décider et donner son avis</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Exprime ses sentiments/envies</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p><u>Hygiène :</u></p> <p>Fréquences des douches (peau fragile, soucis cutané...) :</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"></th> <th style="width: 33%; text-align: center;">Tous les jours</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">Tous les deux jours</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Pas d'aide</td> <td style="text-align: center;">Aide partielle</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Aide totale</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Sait se laver <input type="checkbox"/> Se brosse les dents <input type="checkbox"/> Se rase seul <input type="checkbox"/></p> <p>Sait s'habiller <input type="checkbox"/> Sait choisir ses vêtements <input type="checkbox"/> Les change régulièrement <input type="checkbox"/></p> <p>Lace ses chaussures seul <input type="checkbox"/> Sait se rendre seul au WC <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'ensemble, sait faire mais a besoin de stimulation OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p><u>Pour les filles :</u></p> <p>A-t-elle ses règles ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, problèmes rencontrés liés aux règles -----</p> <p>A-t-elle besoin d'être accompagnée? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p><u>Vos conseils et remarques :</u> ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----</p>		OUI	NON	Parle sans difficultés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficultés de compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se fait comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait téléphoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait écrire son nom et prénom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait faire son courrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait décider et donner son avis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exprime ses sentiments/envies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tous les jours	Tous les deux jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pas d'aide	Aide partielle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Aide totale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON																																																																																																																																																																							
Se réveille la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Se lève tôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Se couche tôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Fait la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Aime se rendre utile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Toujours besoin d'un objet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Êtes-vous en couple ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
↳ Si oui, souhaite partager sa chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Nom du conjoint : _____																																																																																																																																																																									
Fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Gère sa consommation seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Si non, nombre de cigarettes/jour _____																																																																																																																																																																									
	OUI	NON																																																																																																																																																																							
A besoin d'un bavoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Se sert seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Connaît les quantités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Utilise le couteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
La fourchette / Cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Régime alimentaire (à joindre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Précisez : _____																																																																																																																																																																									
	OUI	NON																																																																																																																																																																							
Sait gérer son argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Sait compter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
A la notion du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Sait lire l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Repère les lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Bon marcheur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Fatigabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Hémiplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
En fauteuil de confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
En déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Sait monter un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Peut dormir à l'étage d'un lit superposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Sait nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Baignade surveillée autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Sorties seul autorisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Peut rentrer seul depuis lieu de RDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
	OUI	NON																																																																																																																																																																							
Parle sans difficultés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Difficultés de compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Se fait comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Sait téléphoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Sait lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Sait écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Recopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Sait écrire son nom et prénom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Sait faire son courrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Sait décider et donner son avis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
Exprime ses sentiments/envies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
	Tous les jours	Tous les deux jours																																																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
	Pas d'aide	Aide partielle																																																																																																																																																																							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
	Aide totale	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							

Âge :

Taille :

Pointure :

Poids :

NOM : PRÉNOM :

Médecin généraliste :

Nom , Prénom :

N° de téléphone :

Ville :

Médecin spécialiste :

Spécialisation :

Nom , Prénom :

Ville :

N° de téléphone :

Renseignements médicaux :Alcool autorisé : OUI NONEncoprésie : Enurésie : Ethylisme : Diabète : Asthme : Problèmes cardiaques : Epilepsie : Cholestérol : Troubles digestifs : Sujet aux fausses routes : Allergie(s) :

Si oui, à préciser :

Autre :

.....

Traitement médical: OUI NON ↳ Le prend seul : OUI NON

Passage infirmier :

↳ Si oui, nous contacter OUI NON **Veuillez joindre obligatoirement l'ordonnance datant de moins de trois mois au moment du départ.****Vaccinations à jour :** (joindre les photocopies)

Groupe sanguin :

(joindre les photocopies de la carte)

Classification d'autonomie :

(Voir la grille d'auto évaluation page 16 du catalogue)

Troubles du comportement et de la personnalité :Manifestations agressives : OUI NON↳ Envers lui : ↳ Envers les autres :

↳ Si oui préciser :

TOC (trouble obsessionnel compulsif) : Tendance à fuguer : Tendance à la cleptomanie : Angoisses : ↳ Sait les exprimer :

↳ De quelle manière :

Alerte en cas de douleurs :

↳ De quelle manière :

Autres renseignements :Difficultés visuelles : OUI NONDifficultés auditives : Difficultés motrices : Troubles du sommeil : Troubles respiratoires : Est appareillé ?


↳ Si oui préciser (lunette, malvoyance, appareil dentaire, appareil auditif, apnée du sommeil,...):

Le(s) gère seul :

Je, soussigné(e) (nom de l'adhérent) _____,

demeurant à _____

n'autorise pas 

autorise  gracieusement à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques.

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise l'**Association Loisirs Détente** à reproduire et communiquer au public les photographies, vidéos ou captations numériques prises dans le cadre associatif.

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par l'association sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : catalogue des activités, presse, fiche de renseignement participant, supports d'enregistrement numérique, exposition, site internet, réseaux sociaux.

L'association Loisirs Détente s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je me reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis ne pas être lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à : _____, le : _____

Signature du participant:

« Lu et Approuvé »

