



Document inscription RENTREE

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

A l'attention de :

La rentrée se fera le

Ne rapporter que les documents surlignés– Merci

Service administratif	Date de réception (Colonne à compléter par l'ASH)
Documents à compléter, signer et à rendre le jour de l'inscription	
☐ Le certificat médical ASH rempli par le médecin traitant (Pièce jointe n° 1)	
☐ Fiche d'urgence année (Pièce jointe n° 2)	
☐ Autorisation du représentant légal (Pièce jointe n° 3)	
☐ Attestation d'engagement de prise en charge sociale (Pièce jointe n° 4)	
☐ Attestation d'engagement de prise en charge médicale (Pièce jointe n° 5)	
☐ Règlement intérieur ASH (Pièce jointe n° 6)	
Documents qui seront complétés le jour de l'inscription	
☐ Déclaration cafat (<i>document à remplir le jour de l'inscription</i>)	
☐ Déclaration fiscale (<i>document à remplir le jour de l'inscription</i>)	



Document inscription RENTREE

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

A l'attention de :

La rentrée se fera le

Documents à apporter le jour de l'inscription	
☐ Ordonnance(s) des traitements en cours	
☐ La pièce d'identité National du bénéficiaire valide (nouvel pièce carte d'identité)	
☐ La pièce d'identité du représentant légal ou du tuteur	
☐ Carte aide médicale ☐ Carte CAFAT ☐ Carte mutuelle	
☐ Carte CRHD ☐ Carte CEJH	
☐ Notification de décision de la CRHD ☐ Attestation de reconnaissance du Statut de TH	
☐ Justificatif de domicile du bénéficiaire (eau ou électricité) de moins de 3 mois	
☐ Copie du jugement de tutelle ou curatelle	

Service comptable	
Documents et paiements à apporter le jour de l'inscription	
☐ RIB du bénéficiaire du compte à débiter	
☐ 5.000 francs (Assurance / Frais d'inscription / Participation équipement)	
☐ Mise à jour des impayés (En cas de difficulté de régularisation un tableau d'échelonnement peut être mis en place avec la comptable.	
Documents qui seront complété le jour de l'inscription	
☐ Signer la fiche de prélèvement pour le paiement des cantines sur place	

**CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION pour association Solidarité Handicapés**

Ce certificat doit être rempli par votre médecin. Il est important pour le bon fonctionnement de notre prise en charge et la sécurité de nos participants d'avoir tous les éléments et renseignements médicaux.

Information :

L'association Solidarité Handicapés est une structure d'accueil de jour pour adultes en situation de handicap qui a pour vocation la lutte contre l'isolement social et œuvre pour l'insertion socio professionnelle des personnes en situation de handicap. Notre association propose 2 services : Un service d'accueil de jour et d'accueil et d'accompagnement vers une insertion professionnelle.

Les informations recueillies par ce document, sont soumises au secret professionnel et nous permettent de mieux accompagner le patient vers une autonomie au quotidien.

Nom-Prénoms	
Date et lieu de naissance	
Poids	
Taille	
Code OMS CIM 10 :	

Et atteste qu'après examen clinique :

Il, Elle

- ☐ ne présente pas de contre-indication à l'admission au centre d'accueil de jour ASH (maladies contagieuses, troubles du comportement majeur, agressivité...)
- ☐ présente une contre-indication.

Etat des vaccinations :

- ☐ Réalisées.....
- ☐ Non réalisées.....
- ☐ En cours de réalisation.....

Diagnostic principal – Maladie et Troubles associés
.....
.....
.....
Précisez si l'origine est ☐ Congénitale OU ☐ Acquis depuis le

Antécédents médicaux ayant des conséquences sur l'état d'incapacité actuel
.....
.....
.....
☐ Alcoolisme ☐ Tabagisme ☐ Toxicomanie ☐ Autres

Traitement en cours: nature des traitements, fréquence, effets secondaires possible identifiés si nécessaire
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Traitement en cas de CRISE : nature des traitements, fréquence, effets secondaires possible identifiés si nécessaire
.....
.....
.....
.....
.....



Liste des différents praticiens, nature et fréquence de leurs interventions (psychiatre, neurologue, spécialiste, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, infirmière, ...)

LISTE DES DEFICIENCES

Cochez les rubriques concernant votre patient – le cas échéant rayez les mentions inutiles de certaines rubriques

☐	Déficience intellectuelle	☐	Déficience de la fonction urinaire – Stomie – Dialyse
☐	Déficience du psychisme – Difficulté du comportement	☐	Déficience métabolique – Enzymatique – Obésité – Nanisme
☐	Déficience liée à l'épilepsie	☐	Déficience du système immunitaire et ou hématopoïétique
☐	Déficience de l'audition	☐	Déficience de l'appareil locomoteur
☐	Déficience du langage et de la parole	☐	Déficience d'origine neurologique
☐	Déficience de la vision	☐	Déficience d'origine ostéoarticulaire
☐	Déficience de la fonction cardiaque – Déficience de la fonction respiratoire	☐	Appareillage : fauteuil, cannes, autre
☐	Déficience de la fonction de la sphère digestive - Stomie	☐	Déficience esthétique (brûlures, cicatrice -...)

Précisions éventuelles sur les déficiences :

Contre-indications particulières, allergies, goutte, diabète, recommandations spécifiques alimentaires :

Recommandations médicales à une admission en centre d'accueil de jour :

PRATIQUE PHYSIQUE : la pratique du sport loisir ?

☐ Marche ☐ Equithérapie ☐ Athlétisme ☐ Piscine ☐ Football ☐ Basket ☐ Raid

Contre-indication aux sports tels que :

L'usager reconnu « Travailleur en situation de Handicap » peut pratiquer ces activités :

ACTIVITES ESPACE VERT
ENTRETIEN DES LOCAUX
LAVERIE/FRIPERIE :
Contre-indication.....

Date :.....

Cachet et signature du médecin



Association Solidarité Handicapés

B.P 672 – 98 880 La Foa

Tél : 43.84.63

Mail : ashsecretbureau@gmail.com

Ridet : 557 280.001

BCI 17499 00060 21515502013 61

FICHE D'URGENCE ANNEE :

Pour une meilleure prise en charge en charge sanitaire du bénéficiaire, il est important que cette fiche soit correctement remplie et signée.

Nom : Prénom :

Adresse :

Né(e) le : Centre de :

Téléphone du bénéficiaire : Groupe : ☐ SDP ☐ SIP

Personne à contacter en cas d'urgence :

En cas d'urgence, le bénéficiaire accidenté ou malade est orienté et transporté si besoin par le service de secours d'urgence vers le service le plus adapté. L'association s'efforce d'avertir le plus rapidement possible la famille. Un bénéficiaire ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de son représentant légal.

<i>PERE OU TUTEUR LEGAL</i>	<i>MERE OU TUTRICE LEGALE</i>
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :
Tel domicile :	Tel domicile :
Tel Travail :	Tel Travail :
Mobilis :	Mobilis :

Joindre le carnet de santé ou le carnet de prise en charge longue maladie ainsi que les traitements ou ordonnance en cours à jour)

Observations particulières que vous jugerez utile de signaler aux services des urgences (maladies, allergies, traitements, précaution à prendre...)

.....
.....
.....

Médecin traitant :

.....

Téléphone :

.....

Date et Signature du bénéficiaire et du représentant légal :



Association Solidarité Handicapés

BP 672 – 98880 La Foa

Tél : 43.84.63

Mail : ashsecretbureau@gmail.com

Année 2026 - AUTORISATION DU REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné(e)

Représentant légal ou tuteur dené(e) le

Résidant à

Autorise l'ASH : *(Veuillez cocher les cases auxquelles vous adhérez)*

☐ La prise de photographie (captation, fixation, enregistrement, numérisation) ou vidéo le (les) représentant à des fins de diffusion et de publication dans des expositions, dans la presse écrite, à la télévision, dans le cadre de :

- Séances d'activités travaux pratiques, travaux dirigés, travaux d'exploitation
- Sorties
- Activités sportives et culturelles
- Temps de détente durant les heures d'ouverture de centre et temps de pause.

☐ à participer aux sorties pédagogiques, sportives et culturelles durant l'année 2025.

☐ à orienter et accompagner le bénéficiaire dans le suivi psychologique.

☐ à prendre le relais en cas de non-disponibilité de la famille lors d'un rendez-vous médical. Cela afin de favoriser la compréhension de sa situation médicale et de permettre une prise en charge et un suivi adapté.

☐ à accompagner le bénéficiaire dans ses démarches administratives avec l'aide d'un personnel encadrant.

Signature de l'utilisateur

Signature du représentant légal



Association Solidarité Handicapés

BP 672 – 98880 La Foa

Tél : 43.84.63

Mail : ashsecretbureau@gmail.com

Attestation d'engagement 2026 – Suivi dossier administratif

Important : Joindre les documents nécessaires à la construction du dossier d'aide médicale, CRHD, tutelle, logement ...

Le bénéficiaire et le représentant légal :

Nous soussigné(e)s,

Melle/Mme/Mr (Nom Prénom du bénéficiaire) et

Melle/Mme/Mr (Nom Prénom du représentant légal(e))

Attestons s'engager à fournir à l'ASH dans les meilleurs délais, les documents nécessaires au montage du dossier administratif.

Nous avons conscience que le non-respect des délais de restitution des documents à l'ASH aura pour conséquence une rupture au niveau des aides sociales ou un ralentissement dans la validation du dossier par les organismes concernés.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Date et signature du
bénéficiaire

Date et signature du
représentant légal

Date et signature - ASH



Association Solidarité Handicapés

BP 672 – 98880 La Foa

Tél : 43.84.63

Mail : ashsecretbureau@gmail.com

Attestation d'engagement prise en charge médicale - 2026

Je soussigné(e) Madame / Mademoiselle / Monsieur (bénéficiaire)
..... (Prénom et Nom du bénéficiaire), né(e)
le..... à, et demeurant à l'adresse
..... atteste sur l'honneur mon
engagement total dans la continuité de prise en charge de mon traitement.

C'est-à-dire, à prendre régulièrement mon traitement comme prodigué par mon médecin afin
d'assurer ma stabilité au sein de l'ASH.

Je soussigné, Madame / Mademoiselle / Monsieur,
représentant(e) légal(e) de atteste sur
l'honneur mon engagement total dans le suivi de prise en charge de son traitement et
m'engage à signaler auprès de l'ASH, toute rupture de traitement ou changement de
comportement.

Nous avons parfaitement conscience que le non-respect des engagements ci-dessus
provoqueraient les conséquences suivantes :

-Rencontre de l'équipe éducative avec les responsables légaux ou la famille pour signalement

-Exclusion temporaire ou définitive

(Article chapitre 4 : Prise en charge médicale)

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Date et signature du
bénéficiaire

Date et signature du
représentant légal

Date et signature - ASH



ASH - REGLEMENT DES CENTRES 2026

Ce règlement s'adresse aux bénéficiaires évoluant au sein de la structure ainsi qu'à leurs représentants légaux.

Le refus de s'y conformer entraînera la prise de sanction pouvant aller jusqu'à l'exclusion.

Chapitre 1) LE FONCTIONNEMENT GENERAL :

L'inscription et l'assurance seront à régler chaque début d'année à hauteur de 5000 francs.

1- Les horaires d'ouverture :

Les centres d'accueil sont ouverts en continu de 8h à 15h.

Les dates de fermetures des ateliers pour 2026 :

Désormais les centres d'accueil seront ouverts en continu du Lundi au Jeudi de 8h à 16 h et le Vendredi de 8h à 15h.

Les jours fériés 2026 :

- | | |
|--|--|
| ➤ Lundi 6 Avril ; | ➤ Lundi 25 Mai ; |
| ➤ Vendredi 1^{er} Mai ; | ➤ Lundi 13 et Mardi 14 Juillet ; |
| ➤ Vendredi 08 Mai ; | ➤ Jeudi 24 et Vendredi 25 Septembre ; |
| ➤ Jeudi 14 et Vendredi 15 Mai ; | ➤ Mercredi 11 Novembre ; |

Un sms vous sera envoyé, s'il y a fermeture imprévue des centres ASH.

L'Association cherche à développer le sens de la responsabilité, l'autonomie, l'engagement social, ainsi que l'esprit de groupe. Les parents, les bénéficiaires et les responsables doivent travailler ensemble autour du projet individualisé.

2- Le carnet de liaison

C'est un lien privilégié entre les responsables de centre et la famille. **Le bénéficiaire doit l'avoir en permanence avec lui. Tous les messages passeront par ce carnet, aussi bien ceux des tuteurs ou responsables légaux que ceux de l'équipe éducative. A consulter et signer régulièrement.**

3- Les repas

Les normes d'hygiène alimentaires devenant très strictes nous sommes dans l'obligation de faire appel à un service de restauration. Les informations sur la participation financière des bénéficiaires vous seront communiquées par facture mensuelle.

4- Les temps de pause

L'usage du tabac est toléré et réglementé dans les espaces fumeurs durant les pauses (à 9h30, 11h00, 12h00 et 14h00).

L'utilisation du portable et de la tablette ne sont pas autorisées pendant les activités mais tolérées le temps du midi.

L'Association décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

5- Les absences

En cas d'absence :

❖ Chaque absence devra être justifiée par un certificat médical ou par un mot dans le cahier de liaison.

En cas d'urgence :

❖ Prévenir le chauffeur le plus tôt possible afin d'éviter le déplacement du bus.

❖ Pour les rendez-vous personnels exceptionnels, prévenir l'équipe encadrante à l'avance.

6- Les sorties

Les sorties se feront toujours de manière encadrée et sécurisée.

Une note informative vous sera transmise par le biais du cahier de liaison.



7- La sécurité

Le port de chaussure fermées et casquettes est obligatoire selon l'activité (sport, jardinage, etc.)

Le port de claquettes n'est pas accepté au centre pour des raisons de sécurité. Et durant la manipulation de divers produits, le port des gants est obligatoire. Les équipements de protection individuels (EPI) seront pris en charge à la rentrée par l'ASH, en cas de détérioration ou de perte l'achat sera à la charge du bénéficiaire.

Chapitre 2) LE RESPECT DE L'ENVIRONNEMENT, DU MATERIEL ET LA BONNE UTILISATION DES BIENS MIS A DISPOSITION :

Il est demandé de bien respecter le matériel et les locaux mis à votre disposition.

Chapitre 3) ENGAGEMENT OU MANQUEMENT AU REGLEMENT :

En cas de manquement au règlement :

- ❖ Refus d'obéissance ;
- ❖ Violence physique ou verbale ;
- ❖ Insultes ou menaces envers autrui ;
- ❖ Dégradations volontaires ;
- ❖ Vols ;
- ❖ Introduction ou consommation d'alcool ou de drogue ;
- ❖ Manque de respect envers un camarade ou un membre de l'équipe éducative ;
- ❖ Tenue Inadaptée (claquettes, mini-short, décolleté).

Des mesures seront prises :

- ❖ Une demande de réparation restaurant toute la dignité de la personne ayant commis un manquement : la réparation sera une démarche « digne » et non humiliante ;
- ❖ Une réorientation de la personne vers un autre mode de prise en charge et ce dès lors qu'une mise en danger de soi-même ou envers autrui est diagnostiquée ;
- ❖ Rencontre de l'équipe éducative avec les responsables légaux ou la famille pour signalement ;
- ❖ Exclusion temporaire ou définitive.

Chapitre 4) PRISE EN CHARGE MEDICALE :

Afin de sécuriser chaque bénéficiaire, les tuteurs et familles s'engagent à transmettre toutes les informations médicales nécessaires à notre accompagnement.

En cas de rupture du traitement ou de soin, des mesures seront mise en place :

- ❖ Rencontre de l'équipe éducative avec les responsables légaux ou la famille pour signalement ;
- ❖ Exclusion temporaire ou définitive.

Si les mesures ne sont pas prises en compte, un courrier de signalement sera envoyé aux autorités compétentes. Une fois le bénéficiaire stabilisé il pourra réintégrer le centre d'accueil.

Signature des parents

Signature du responsable de centre

Signature du tuteur légal

**Signature du participant précédée de
La mention « lu et approuvé »**