



AÉRÉ 46

Association 1901 enregistrée à la Préfecture du LOT N° W461002949

FAMCER

Fédération Régionale Occitanie d'Associations de Malades Chroniques et Respiratoires

Enregistrée à la Préfecture du LOT N° W461003747

Siège : 429 le mas de Cantarel 46150 Crayssac

POUR ADHÉRER

Adhésion - 50€ pour une période annuelle de la date de votre inscription jusqu'à la date de l'AG. La date de l'Assemblée Générale est fixée entre le 15 et le 30 mars

Ex : Adhésion le 30 /10/ 2018 - votre adhésion court jusqu'à la date de l'Assemblée générale.

Modes de règlements – chèque - espèce ou Carte bleue

Pour participer aux séances d'activités physiques, il faut :

DOCUMENT A FOURNIR OBLIGATOIREMENT SUIVANT LE CODE DÉONTOLOGIE DE MÉDECINE

Ex:

Je Soussigné Docteur Dupont avoir consulté Monsieur Meunier Christian né le 17/07/1955 et lui délivre ce jour le certificat d'absence de contre indication à la pratique d'une activité physique adaptée le 12/12/18».

Dans le cas contraire le médecin peut délivrer une ordonnance avec un protocole précisant ses directives dont son patient pourrait pratiquer.

Il doit être daté de moins de trois mois à compter de la date de votre inscription.

Votre adhésion est valable dans toutes les communes où nous allons et le nombre de séances est illimité. Par contre, entre deux séances, il doit y avoir un délai de 48h00.

Pendant les vacances scolaires il n'y a pas d'activité physique,

A votre inscription, vous remplissez un formulaire correspondant à votre profil qui est classé confidentiel. Ce dernier est demandé pour une mesure que nous avons jugé dans un but sécuritaire et prévoyant en cas d'une prise en charge par des professionnels de secours (Corps des sapeurs pompiers ou SAMU)

Mutuelle - Assurance

Si vous avez une Mutuelle vous pouvez faire une demande de prise en charge - Interrogez-là.

Concernant l'assurance de notre association. Vous pouvez demander à en prendre connaissance.

A chaque participation aux séances vous devez venir avec:

Une serviette de bain – un tee-shirt ou vêtement de rechange. Une bouteille d'eau. une paire de chaussures de sport. Les chaussures à talon sont interdites et la pratique pieds nus est refusée également.

Dès votre arrivée en cas où vous auriez une douleur, il faut la signaler à l'éducateur.

Une prise de tension est effectuée **OBLIGATOIREMENT** à votre arrivée ainsi qu'une oxymétrie.

Pour nous joindre

07-83-55-00-20 Christian

07-82-20-40-44 En cas de non réponse laissez un message Ligne du Bus

Mail: contact@famcer.fr Site Web : www.aere-france.fr

Christian Meunier
Président

Nous ne sommes ni Médecin ni Pharmacien. Notre Éthique est fondée sur le respect de chaque intervenant qui suivent un patient ou un adhérent pour que notre travail à nous tous, apporte une qualité de soins à notre adhérent.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX			Homme	Femme	<i>Rayez la mention inutile</i>	
NOM		PRÉNOM			Poids	
NOM DE JEUNE FILLE		DATE DE NAISSANCE			Taille	
			ANTI-COAGULANT		GROUPE SANGUIN	
Téléphone						
Mail			INSULINO-DÉPENDANT		OUI NON	
Adresse			Ville			
Code Postal						
PATHOLOGIE(S)						
PROFESSIONNELS DE SANTÉ QUI SUIVENT L'ADHÉRENT						
<i>GÉNÉRALISTE</i>			<i>DIABETOLOGUE</i>			
<i>PNEUMOLOGUE</i>			<i>CARDIOLOGUE</i>			
<i>ANESTHÉSISTE</i>			<i>RUMATHOLOGUE</i>			
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES			<i>(Rayez les mentions inutile s)</i>			
POMPE INSULINE		OUI NON	APPAREIL DENTAIRE OUI -NON		HAUT BAS	
DEFIBRILLATEUR IMPLANTABLE		OUI NON	STENT		OUI NON	
PACEMAKER		OUI NON	PRESSION POSITIVE CONTINUE		OUI NON	
PROTHÈSE - OUI NON		OU ?	APP-0 ² - NOMBRE DE LITRE			
JE FAIS DON DE MES ORGANES		OUI NON	DIRECTIVES ANTICIPÉES		OUI NON	
Personne de confiance à prévenir			Signature de la personne à prévenir			
Lien de Parenté						
Nom						
Prénom						
Téléphone						
Tuteur ou Tutelle à prévenir			Signature du Tuteur ou Tutelle à prévenir			
Lien de Parenté						
Nom						
Prénom						
Téléphone						
<i>Veillez écrire votre nom et prénom de votre main le texte ci-dessous, datez et signez</i>						
<p>Moi atteste et reconnaît avoir été parfaitement informé de l'utilisation du formulaire rempli par mes soins, et autorise l'association AÉRÉ 46 à le diffuser aux professionnels de la santé (SAMU) et aux équipes de secours des Sapeurs Pompiers (secouristes et personnel du service de santé et de secours médical) dans un objectif d'informer ces derniers pour favoriser un diagnostic plus rapide. Je précise être très bien instruit sur cette diffusion et je suis conscient que cela n'apporte pas à ces intervenants une obligation de résultat.</p>						
<i>Signature de l'Adhérent</i>						
Leà.....						
DOCUMENTS POSSIBLE A SUIVRE - ORDONNANCE MÉDICALE - ECG COMPTE RENDU MÉDICAL - DIRECTIVES ANTICIPÉES - REFUS DE DONS D'ORGANE						



CHARTRE DU PATIENT

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

L'association AÉRÉ France et AÉRÉ 46 mettent à votre disposition un éducateur sportif du matériel et un lieux.

Art 1 : Lors des ateliers d'activités physiques l'éducateur à la pleine responsabilité des exercices demandés. Toutefois, l'adhérent est tenu obligatoirement d'indiquer à l'éducateur les douleurs ou les traitements qu'il a actuellement ou qu'il aurait pendant un exercice.

Art 2 : L'adhérent est tenu de pratiquer cette activité dans la plus grande sagesse et dans le respect des autres participants. Il se doit également à respecter les lieux de l'établissement ou l'activité se déroule.

Art 3 : Toutes personnes perturbantes seront exclues du groupe.

Art 4 : Utilisation du matériel

Les vélos et tapis de marche sont dans un excellent état. Vous devez vous en servir en "bon père de famille". A votre arrivée vous êtes tenus de vous laver les mains ainsi qu'à la fin de l'exercice, il vous est demandé de passer une lingette désinfectante sur le matériel, pour des raisons d'hygiène.

Il est strictement interdit de courir sur le tapis de marche et d'utiliser le matériel dans un contexte en dehors de sa fonction initiale.

La tenue: Il est obligatoire d'avoir des baskets et une tenue sport. Pas de chaussures de ville. Par ailleurs il vous est demandé de venir avec un vêtement de rechange et une bouteille d'eau

En cas de douleurs, poitrine, ventre, tête, sueur rapide, froid, veuillez le signaler immédiatement à l'éducateur.

La séance est limitée à 60 mn maxi. C'est l'éducateur qui vous indiquera sur quel matériel vous devez pratiquer votre séance.

(Je reconnais avoir pris connaissance de cette charte et Je m'engage à la respecter en la signant.)

Nom en capitale d'Imprimerie _____

Signature de l'adhérent

Christian Meunier
Président

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
REGISTRE NATIONAL DES REFUS**

Cette inscription n'est possible qu'à partir de l'âge de 13 ans

NOM DE NAISSANCE :

NOM USUEL :

PRÉNOM(S) (*ordre d'état civil*) :

SEXE : MASCULIN FÉMININ

NÉ(E) LE (*jour/mois/année*) :/...../.....

LIEU DE NAISSANCE, VILLE :

DEPARTEMENT (*si France*) : PAYS :

ADRESSE :

.....

VILLE :CODE POSTAL :

JE M'OPPOSE À TOUT DON D'ÉLÉMENTS DE MON CORPS, APRÈS MA MORT * :

pour soigner les malades (*greffe d'organes et de tissus*)

pour aider la recherche scientifique (*attention : différent du don du corps à la science*)

pour rechercher la cause médicale du décès : autopsie (*exceptées les autopsies judiciaires auxquelles nul ne peut se soustraire*)

Je souhaite recevoir une confirmation de mon inscription **

C'est une demande de modification de ma précédente inscription

Date :/...../.....

Signature :

Retourner ce formulaire sous enveloppe affranchie au tarif lettre à :

**Agence de la biomédecine
Registre national des refus
1 avenue du Stade de France
93212 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX**

Joindre obligatoirement à l'envoi :

→ **la photocopie lisible** d'une pièce d'identité officielle (carte d'identité, permis de conduire, titre de séjour, passeport...);

→ **une enveloppe timbrée** à vos nom et adresse pour recevoir la confirmation de votre inscription si vous l'avez demandée.

Tout changement d'état civil doit être signalé, les changements d'adresse n'ont pas besoin d'être signalés.

Les informations nominatives vous concernant sont enregistrées dans le système informatique du registre national des refus. Elles sont confidentielles et, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez du droit d'accès et de rectification en écrivant au registre national des refus, à l'adresse ci-dessus, en joignant la copie d'une pièce d'identité.

* Cocher la ou les cases correspondantes à vos choix

** Merci de joindre une enveloppe timbrée à vos nom et adresse