



DOSSIER DE DEMANDE **DE CHIEN-GUIDE**

Siège social : 71, chemin de Sabran, quartier Velorgues ; 84800 L'Isle sur la Sorgue, Tél/Fax : 00 33 (0) 490 85 11 05

Email : contact@miraurope.org Site : www.miraurope.org

Association Loi 1901 reconnue d'assistance et de bienfaisance par décret n°SI2007-03-20-0020-PREF

Siret n° : 45209957500014 ; Code APE : 853 K ; J.O. du 10 février 2007 N°20070006

Mira Europe résulte de la fusion des associations Hydra Europe et Mira France

photo

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Lieu de résidence :

Urbain Résidentiel Rural

Type de résidence :

Maison individuelle Appartement

avec :

jardin cour privative terrasse

Téléphone du domicile :

Fax :

Courriel :

Situation scolaire : Classe et établissement fréquenté :

Personnes vivant au foyer :

NOM	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Activité professionnelle ou scolaire

Situation sociale :

Bénéficiez-vous d'un accompagnement social ? oui non

Si oui, par quel organisme ?

Etat de santé :

Quel est votre état de santé en général ?

Spécifiez vos problèmes de santé :

Votre poids :

Votre taille :

Avez-vous des problèmes d'audition ?

Si oui, êtes-vous appareillé ?

Si oui, fournissez-nous un audiogramme

Rencontrez-vous des problèmes de déplacement ?

Avez-vous déjà suivi un entraînement en orientation et mobilité ?

Si oui, précisez les coordonnées du centre ?

Date de l'entraînement ?

Durée de l'entraînement ?

Avez-vous déjà eu un chien guide ?

Si oui, de quel organisme ?

Avez-vous déjà des animaux ?

Si oui, lesquels ?

Motivation de votre demande de chien-guide :

Comment avez-vous entendu parler de l'association MIRA EUROPE ?

J'autorise la transmission, à l'association MIRA EUROPE, d'informations complémentaires, nécessaires au traitement de mon dossier. Toutes les informations seront traitées de façon confidentielle.

Date :

NOM Prénom et signature

De l'enfant :

NOM Prénom et Signature

du représentant Légal :

photo

Renseignements médicaux (à remplir par le médecin traitant)

Votre patient(e) fait une demande de chien-guide à notre Association.
Le stage de remise du chien, d'une durée de 30 jours, est rigoureux et a lieu indépendamment des conditions atmosphériques.
Auriez-vous l'obligeance de compléter ce formulaire ; ceci nous permettra de donner à votre patient(e) l'entraînement approprié à sa condition physique.

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Ville du Domicile :

Téléphone du domicile :

Fax :

Courriel :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

- rhumatisme ou arthrite
- asthme ou insuffisance respiratoire
- cancer
- pathologie disco-vertébrale
- tuberculose
- blessures sérieuses
- problèmes cardio-circulatoires
- autres troubles physiques
- troubles rénaux ou urinaires
- hépatite
- VIH
- perte d'audition
- malaise, perte de conscience
- troubles orthopédiques
- paralysie
- vertiges et troubles de l'équilibre
- épilepsie
- troubles de la coordination
- troubles émotionnels
- troubles digestifs
- troubles nerveux
- allergies
- autres

Expliquez toute réponse positive mentionnée ci-dessus :

Traitement médicamenteux régulier :

Merci de joindre l'ordonnance

Votre patient(e) a-t-il besoin d'une prise en charge spécialisée régulière ?

Si oui, laquelle ?

Décrivez tout régime spécial et indiquez toute allergie alimentaire :

Cause de la cécité :

Degré de vision :

Possibilité d'amélioration :

... et tout renseignements que vous jugerez utiles ... :

Date :

NOM, cachet et signature du Médecin :

Renseignements médicaux
POUR PATIENT DIABÉTIQUE
(à remplir par le médecin traitant)

Votre patient(e) fait une demande de chien-guide à notre Association.
Le stage de remise du chien, d'une durée de 30 jours, est rigoureux et a lieu indépendamment des conditions atmosphériques.
Auriez-vous l'obligeance de compléter ce formulaire complémentaire ; ceci nous permettra de donner à votre patient(e) l'entraînement approprié à sa condition physique.

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Ville du Domicile :

Téléphone du domicile :

Fax :

Courriel :

Régime :

Nombre de calories par jour :

Médication orale :

Traitement par insuline :

Dose quotidienne :

Posologie :

- matin :
- midi :
- soir :

Votre patient(e) vérifie-t-il lui-même son taux de sucre ?

oui non

Votre patient(e) ajuste-t-il lui-même sa dose d'insuline ?

oui non

Votre patient(e) se pique-t-il lui-même ?

oui non

Date et rapport de la plus récente glycémie :

Date et incidence du plus récent comas ou malaise hypoglycémique :

Date de l'examen sur lequel est basé ce rapport :

Date :

NOM, cachet et signature du Médecin :