



VIVRE SANS VOIR



**SENSIBILISATION**

**AIDES**

**INFORMATIONS**



**06 16 40 45 90**



**info@vivresansvoir.fr**



**VIVRE SANS VOIR**

# AVIS RESSENTIS

**«ON N'A PLUS DE REPÈRES,  
N'ÉVALUONS PAS LA  
DISTANCE AVEC LA CANNE »»**



**«C'EST COMPLIQUÉE CAR ON  
N'ÉVALUE PAS LA TAILLE DE L'OBJET»»**

# LES ATELIERS LUDIQUES

LES ATELIERS PERMETTENT DE COMPRENDRE LES DIFFICULTÉS  
RENCONTRÉES ET S'IMMERGER DANS LA PEAU  
D'UN NON OU MAL VOYANT

## ATELIERS AUX CHOIX :

### EN CLASSE ENTIÈRE

IMMERSION DANS LA NON VOYANCE	25 MIN
DÉSSINER À L'AVEUGLE	20 MIN

### EN 1/2 GROUPE

COURIR EN BINÔME (1/2 GROUPE)	20 MIN
DÉPLACEMENT À LA CANNE, AU COUDE (1/2 GROUPE)	20 MIN
LE BRAILLE DÉCOUVERTE PAR DES JEUX (1/2 GROUPE)	20 MIN
DÉCOUVERTE D'OBJET, ALIMENTS SECS (EN PETITS GROUPES)	20 MIN

## DURÉE PRECONNISÉE SUIVANT LE PUBLICS RENCONTRÉES

EN INSTITUT MÉDICO ÉDUCATIF	2 HEURES
EN ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE : PRIMAIRE, COLLÈGES, LYCÉE	3 HEURES
CENTRE DE FORMATION POUR ADULTES	3 HEURES

## INFORMATION PRATIQUES



20 MIN PAR ATELIERS EN CLASSE ENTIÈRE OU EN 1/2 GROUPE



EN SALLE DE CLASSE ET OU DANS LA COURS DE RÉCRÉATION



L'INTERLOCUTEUR ENVOI LA LISTE DES PRÉNOMS POUR TRANSCRIPTIONS EN BRAILLE 15 JOURS AVANT LA DATE DE SENSIBILISATION

**INTERVENANTS : 3 À 4 BÉNÉVOLES DONT 1 NON OU MAL VOYANT**

TARIFS HORAIRES 40 € DE L'HEURE

### LES TARIFS COMPRENNENT

*LE TEMPS DE PRÉPARATION, LES FRAIS D'IMPRESSION, LA TRADUCTION DES PRÉNOMS, LE MATÉRIEL, ASSURANCE ET FRAIS DIVERS*

# FICHE DE SENSIBILISATION

NOM DE L'ORGANISME : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

NOM DE L'INTERLOCUTEUR : ..... FONCTION : .....

 .....

 .....

## VOS DISPONIBILITÉS

### DATE AU CHOIX

CHOIX 1 : ..... CHOIX 2 : ..... CHOIX 3 : .....

QUAND :  LE MATIN       L'APRES MIDI

QUELLE CLASSE : .....

COMBIEN D'ÉLÈVES : .....

### QUELS ATELIERS :

- IMMERSION DANS LA NON VOYANCE
- DÉPLACEMENT À LA CANNE, AU COUDE
- LE BRAILLE DÉCOUVERTE PAR DES JEUX
- DÉSSINER À L'AVEUGLE
- DÉCOUVERTE D'OBJETS, ALIMENTS SECS
- COURIR EN BINÔME

# AIDER A L'ACQUISITION D'UN OUTIL DE COMPENSATION

**BONJOUR, QUE  
DÉSIREZ-VOUS ?**



**OBTENIR DES  
INFORMATIONS SUR  
L' ASSOCIATION**

**COMMENT SE  
FAIRE AIDER?**



**OUI, JE SOUHAI TE  
CONNAITRE LA  
PROCÉDURE.**

## QUELQUES EXEMPLES D'OUTILS



**LECTEUR AUDIO  
ENREGISTREUR**



**CANNE  
ELECTRONIQUE**



**PLAGE BRAILLE**



**AGRANDISSEUR  
LOUPE**



**TELEPHONE  
MAL VOYANT**

# FORMULAIRE DE DEMANDE POUR L'AIDE À L'ACQUISITION D'UN OUTIL DE COMPENSATION

## LES COORDONNÉES DU BÉNÉFICIAIRES

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

 .....

 .....

DATE DE NAISSANCE : ..... À .....

## VOTRE PROJET

PRESENTEZ VOTRE PROJET ET MERCI DE JOINDRE 2 DEVIS DE FOURNISSEURS DIFFÉRENTS

.....

.....

.....

.....

.....

MERCI DE NOUS INDIQUER LE MONTANT (EN €) DE VOS CHARGES, PRESTATIONS  
PERCUES ET JUSTIFICATIF POUR L'OBTENTION D'UN OUTIL DE COMPENSATION

### **VOS CHARGES :**

LOYER : .....€      L'EAU : .....€      L'ÉLECTRICITÉ : .....€

LE GAZ : .....€      LE TÉLÉPHONE : .....€      MUTUELLE : .....€

IMPÔTS : .....€      ASSURANCE : .....€      AUTRES : .....€

**VOS PRESTATION PERÇUES : (MERCİ DE JOINDRE UNE COPIE DES NOTOFICATIONS)**

ACTP     PCH     AAH     APL     CAISSE DE RETRAITE

**LES COORDONNÉES DES ORGANISMES**

**CAISSE DE RETRAITE**


N° D'ADHÉRENT : .....


NOM DE LA CAISSE DE RETRAITE : .....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

 : .....

 : .....

**MUTUELLE**

N° D'ADHÉRENT : .....

NOM DE LA MUTUELLE : .....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

 .....

 .....

**DOCUMENT À FOURNIR :**

AVIS D'IMPOTS     COPIE CARTE D'IDENTITÉ / INVALIDITÉ

DEVIS DE L'OUTIL :  1ER ORGANISME     2EME ORGANISME

# **PARTICIPER A LA VIE ASSOCIATIVE/LE BENEVOLAT**

**BONJOUR, QUE  
DÉSIREZ-VOUS ?**

**OBTENIR DES  
INFORMATIONS**



**PREPARER, ORGANISER  
LES EVENEMENTS**

**FORUM HANDICAP, LOTO,  
MARCHES DE NOEL**

**CO ANIMATION  
LES SENSIBILISATIONS**

**REPRESENTER  
L'ASSOCIATION**



**ENTRE 2 ET 6 MOIS À L'AVANCE**

# LES TACHES DES BENEVOLES



## **ADMINISTRATIVES :**

CLASSER, TRADUCTION EN BRAILLE DES PRÉNOMS  
DES ÉLÈVES, RECHERCHE MÉCÈNES, ...



## **COMMUNICATION**

CRÉATION D'AFFICHE, FLYERS, POST SUR LES  
RÉSEAUX SOCIAUX, AFFICHAGE



## **PREPARATION DU MATERIEL**

VENTES, SENSIBILISATION, ÉVÉNEMENTS

## **SUR LE TERRAIN**

**EQUIPE DE 3 PERSONNES DONT UN NON VOYANTS,  
RENCONTRE AVEC LES PARTENAIRES,  
MONTAGE ET DÉMONTAGE DU STAND,**

**LA DUREE VARIE SUIVANT  
LES ACTIONS**

# DEVENIR BÉNÉVOLE

## VOS COORDONÉES

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

 .....

 .....

DATE DE NAISSANCE : ..... À .....

VOUS ÊTES :  ÉTUDIANT  EN ACTIVITÉ  RETRAITE  SANS EMPLOI

AVEZ-VOUS LE PERMIS DE CONDUIRE :  OUI  NON SI OUI :  AUTO  MOTO

PLAQUE D'IMMATRICULATION : ..... COULEUR : .....

## VOS DISPONIBILITÉS

LUNDI  MARDI  MERCREDI  JEUDI  VENDREDI  SAMEDI  DIMANCHE

MATIN  APRES MIDI  EN SEMAINE  LE WEEKEND  EN SOIRÉE

EN PERIODE SCOLAIRE  PENDANT LES VACANCES

## LES DIFFERENTES MISSIONS QUI VOUS SONT PROPOSÉS

### ADMINISTRATIF :

RÉDACTION  CRÉATION  COMMUNICATION

### SENSIBILISATION :

PRIMAIRE  COLLÈGE  LYCÉE  FACULTÉ  ENTREPRISE

### STAND D'INFORMATION :

FORUM SALON  FOIRES  MARCHES DE NOEL

### ORGANISATION D'ÉVÈNEMENT :

LOTO  CONCERT

## **SOUTENIR L'ASSOCIATION FAIRE UN DON – ADHERER**

**BONJOUR, QUE  
DÉSIREZ-VOUS ?**



**OBTENIR DES  
INFORMATIONS SUR  
LES AIDES QUE L'ON  
PEUT APPORTER**

VOUS POUVEZ PRÉVOIR UNE ASSURANCE  
VIE, UN LEGS AVEC VOTRE NOTAIRE QUI  
SERA VERSÉE À L'ASSOCIATION APRÈS  
VOTRE DÉCÈS OU RÉGLER TOUS LES ANS  
VOTRE COTISATION.



SI J'EFFECTUE UN DON DE 100€,  
L'ASSOCIATION M'ENVOIE UN REÇU  
FISCAL POUR MA DÉCLARATION  
D'IMPÔTS. JE PAIE RÉELLEMENT QUE  
34 % DE LA SOMME.

# DONNATEURS - ADHÉRENT PARTENAIRES

## JE SOUHAITE

FAIRE UN DON DE ..... €

ADHÉRER  25€/AN POUR UNE PERSONNE PHYSIQUE  
 80€/AN POUR LES ORGANISMES

DEVENIR UN DE NOS PARTENAIRES EN AIDANT L'ASSOCIATION À L'OCCASION DE  
.....

## VOS COORDONNÉES

NOM : ..... PRÉNOM : .....

NOM DE L'ORGANISME : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

 : .....

 : .....

### **TOUTES PERSONNES OU ORGANISMES RECEVRONT UN RECU FISCAL**

JE SOUHAITE RECEVOIR LES INFORMATIONS CONCERNANT LES ÉVÈNEMENTS, NOUVEAUTÉ...

Par :      

JE NE SOUHAITE PAS RECEVOIR LES INFORMATIONS

**MARTINE VERNHES**  
**50 AVENUE MARCEL PAUL VILLA 35 CLOS MARIE ANTOINETTE**  
**13400 AUBAGNE**  
**SIREN DE L'ASSOCIATION : 914 282 124 00017**