

FICHE D'INSCRIPTION

CHOIX DES SÉJOURS

Séjour 1 : Séjour n° :
Séjour 2 : Séjour n° :

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

LE VACANCIER / LA VACANCIÈRE

M. - Mme NOM : Prénom :

LA PERSONNE L'ACCOMPAGNANT POUR L'INSCRIPTION

M. - Mme NOM : Prénom :

CONVOYAGE

Le vacancier / la vacancière arrive/part :

	Aller		Retour
directement sur le lieu du séjour	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
du point de rendez-vous à Redon	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
est pris en charge	<input type="checkbox"/>	Ville :	<input type="checkbox"/>
			Ville :

ENVOI DE LA FACTURATION

M. - Mme NOM : Prénom : Lien avec le/la vacancier/ère :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : Email :

ENVOI DE LA CONVOCATION

M. - Mme NOM : Prénom :

Adresse :

CP : Ville : Téléphone :

Portable : Email :

- Je soussigné(e)
agissant en qualité de
certifie avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et
notamment des conditions d'annulation.
- Je demande l'**Assurance Annulation** : Oui Non
- Je souhaite recevoir l'**appréciation du/de la vacancier/ière sur son séjour** (pour
les séjours de 8 jours minimum) ? : Oui Non

DRÔIT D'IMAGE

J'autorise (cochez les cases utiles) :

- La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo me représentant.
- La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) me représentant dans
le(s) cadre(s) strictement énoncé(s) ci-après : site internet, brochure.

Fait à :

Le :

Signature

de la personne concernée ou de son
représentant légal :

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE/LA VACANCIER/ÈRE

M. - Mme NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

• Je vis en (cochez les cases utiles) :

- appartement famille d'accueil foyer de vie / occupationnel
 FAM – foyer d'accueil médicalisé CHS – Centre Hospitalier Spécialisé
 autres :

• Je travaille : Oui Non

• Je suis concerné/e par le(s) handicap(s) suivant(s) (cochez les cases utiles) :

- handicap mental handicap psychique handicap sensoriel
 handicap cognitif handicap moteur polyhandicap



MON NIVEAU D'AUTONOMIE (Merci d'entourer l'autonomie correspondante en se repérant par rapport à la grille d'évaluation du CNLTA) :

A111 – A112 – A121 – A122 – A211 – A212 – A213 – A221 – A222 – B111
B112 – B121 – B122 – B2111 – B212 – B221 – B222 – B223

EN CAS D'URGENCE

PERSONNE À CONTACTER DURANT LE SÉJOUR (24H/24 ET 7J/7 Y COMPRIS LE SAMEDI ET DIMANCHE)

M. - Mme Nom : Prénom :

Lien avec le/la vacancier/ère :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : Portable :

EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE,

je soussigné/e

agissant en qualité de

autorise l'équipe du séjour (cochez les cases utiles) :

- à présenter à un médecin dès que l'état le nécessite.
 à procéder aux gestes de premiers secours si nécessaire.
 à permettre la prise en charge par un service d'urgence (pompiers, SAMU...),
 à transporter aux urgences, suivant la gravité de la blessure, pour que puisse être pratiqué toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.

Fait à le

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal :

INFORMATIONS UTILES À L'ACCOMPAGNEMENT DU/ DE LA VACANCIER/IERE

Ces informations permettent un meilleur accompagnement du/de la vacancier/ère sur le(s) séjour(s) de vacance(s).

Je soussigné(e) ; en qualité de
remplit ce document et m'engage à transmettre des informations complètes et précises.

MES VACANCES

Pendant mes vacances, je souhaiterais (Indiquer toutes les envies) :

Mes passions, mes hobbies sont :

MES CAPACITES PHYSIQUES

Je peux me baigner Oui Non

Je sais nager Oui Non

Je suis (capacités physiques) :
très fatiguable fatiguable dynamique

Je peux marcher :
< ½h entre ½h et 1h 1h

Avec des pauses Oui Non
Si oui, toutes les

J'ai besoin d'une aide lors de mes déplacements Oui Non
Si oui, précisez :

bras canne déambulateur fauteuil
occasionnel permanence

Je monte et descend les escaliers Oui Non
avec appréhension Oui Non

Je gère mon argent personnel seul/e Oui Non

En situation de vacances sur des lieux non connus :

Je sais me repérer dans les lieux Oui Non

Je peux sortir seul/e Oui Non

Je peux rester seul/e Oui Non

MES HABITUDES DE VIE QUOTIDIENNE

Je fume Oui Non
Si oui, je gère seul/e ma consommation Oui Non
Si oui, nombre de cigarettes habituellement consommées par jour :

HYGIENE

Je me toilette seul/e Oui Non Avec stimulation verbale Avec aide physique

J'ai besoin d'accompagnement pour :
séchage Oui Non
lavage de dos Oui Non
lavage de cheveux Oui Non
rasage Oui Non

Nos équipes d'animation ne sont pas en mesure d'accompagner les personnes nécessitant une aide effective à la toilette. Le cas échéant, un passage infirmier ou aide à domicile devra être envisagé, merci de nous contacter.

Je gère mes vêtements seul/e Oui Non Avec stimulation Avec aide

J'ai besoin d'accompagnement pour (trier mon linge, préparer mes vêtements...)

Je m'habille seul/e Oui Non Avec stimulation Avec aide

J'ai besoin d'accompagnement pour (chaussures...) :

Nos équipes d'animation ne sont pas en mesure d'accompagner les personnes nécessitant une aide effective à l'habillage.

Je vais aux toilettes seul/e Oui Non Avec stimulation Avec aide

Je suis sujet à l'énurésie Non Oui, diurne Oui, nocturne

Je suis sujet à l'encoprésie Non Oui, occasionnellement Oui, en permanence

J'utilise des protections Non Oui, occasionnellement Oui, en permanence

SOMMEIL

J'ai l'habitude de me coucher vers :

J'ai l'habitude de me lever vers :

J'ai des habitudes pour m'endormir (veilleuse...) qui sont :

J'ai des troubles du sommeil Oui Non
(lever la nuit, matinal ou difficile, somnambulisme, insomnie, angoisses...)
Si oui, précisez :

De quel accompagnement ai-je besoin ? :

J'ai un appareil respiratoire pour la nuit Oui Non

Si oui, je le gère seul/e Oui Non

J'apprécie de faire la sieste Oui Non

J'ai une relation de couple et je souhaiterais avoir une chambre commune avec (Indiquez le nom et prénom de la personne) :

lit commun lits séparés



MON COMPORTEMENT

	Oui	Non	
J'ai tendance à fuguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez :			
J'ai des peurs (peur de la foule, des animaux...), des phobies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez :			
J'ai des manifestations agressives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Envers moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, comment se manifestent-elles (insultes, jets d'objets...) ? :			
Quel est le mode de relation le plus approprié ? :			
J'ai un objet fétiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Je me fais facilement comprendre par une personne qui ne me connaît pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	facilement	difficilement	pas du tout
J'ai accès à la parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est le mode de communication le plus approprié (signes, images, makaton, pictogrammes...) ? :			

Je suis sujet à la frustration ?

Si oui, dans quelles circonstances ? :

Quel est le mode de relation le plus approprié ? :

MON RÉGIME ET HABITUDES ALIMENTAIRES

	Oui	Non
Je suis un régime alimentaire (diabète, hypocalorique...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		
Si oui, joindre une copie du régime ou des indications particulières		
J'ai besoin de repas : <input type="checkbox"/> mixé <input type="checkbox"/> mouliné <input type="checkbox"/> émietté		
Je suis sujet aux fausses routes, problème de déglutition...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool autorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café/thé (caféine) autorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MES INFORMATIONS MÉDICALES

	Oui	Non
Je suis un traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui,		
• Je le prends seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• les médicaments devront être conditionnés dans un PILULIER au nom, prénom du/de la vacancier/ère, accompagnés de l'original de l'ordonnance dactylographiées et d'une photographie.		

IMPORTANT

Pour les traitements médicaux sous forme buvable et liquide (ex : soins oculaires), merci de vous rapprocher du médecin traitant pour demander une alternative conditionnable en pilulier (comprimés ou unidoses).
 En cas d'impossibilité, les soins doivent être réalisés par un infirmier. L'association se charge de l'organisation du passage d'un infirmier sur le séjour. Pour ce faire, il est nécessaire de fournir une **ORDONNANCE SPÉCIFIQUE** pour ces soins en précisant que la personne concernée a des troubles cognitifs l'empêchant de faire ses soins elle-même, et de la transmettre à l'association.

	Oui	Non
J'ai un traitement sous forme buvable ou sous forme liquide qui nécessite un passage infirmier sur le séjour (voir les conditions ci-dessus) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai besoin de soins infirmiers sur le séjour (injection...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions	Oui	Non
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, stabilisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précautions (feu d'artifice, concerts...) :		
Si oui, merci de fournir l'autorisation de baignade		
Diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, stabilisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ethylisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie / intolérance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez (type/objet) :		
Sensibilité au soleil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, merci de fournir une crème adaptée		
J'ai des troubles de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des troubles de l'ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je porte un appareil dentaire, oculaire, auditif... et j'ai des soins spécifiques. Merci de joindre une note pour l'équipe d'animation.		
J'ai des contre-indications, précisez :		
Nom du médecin traitant :		
Tel. :		

Si le/la vacancier/ère a besoin de soin(s) infirmier(s), une feuille de **« suivi de soins infirmiers »** sera à remplir et à nous renvoyer deux mois avant le début du séjour. Merci d'indiquer l'adresse mail où vous la transmettre :@.....

Si nécessaire et sous la forme qui vous convient (feuille annexe, pli fermé...), joignez des indications complémentaires à destination de l'équipe du séjour ou aux professionnels du corps médical en cas de besoin.