

FICHE D'INSCRIPTION

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION FÉDÉ

FI reçue le ME FI validée le MA Convoyage vérifié le EM
 FI saisie le ME Facturé le N° AL Scannée le ME

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

LE VACANCIER / LA VACANCIÈRE

M. - Mme NOM : Prénom :

LA PERSONNE L'ACCOMPAGNANT POUR L'INSCRIPTION

M. - Mme NOM : Prénom :

CHOIX DES SÉJOURS

Séjour 1 (nom du séjour) : date : Séjour n° :

Séjour 2 (nom du séjour) : date : Séjour n° :

Demande particulière (chambre seule, en rez-de-chaussée, en couple.) :

TRANSPORT, SE RÉFÉRER À LA PAGE 9 : TRANSPORT ET CONVOYAGE

Le vacancier / la vacancière arrive/part :
 directement sur le lieu du séjour Aller Retour
 à Redon, lieu de rassemblement

Je souhaite un convoyage (merci d'indiquer la ville la plus proche répertoriée dans la page « transports et voyages » p 9, pour toutes autres demandes contactez nos services) :

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
 Tarifs et paiement : voir conditions en page 7.
- Je souhaite recevoir l'**appréciation du/de la vacancier/ère sur son séjour** (pour les séjours de 8 jours minimum) ? : Oui Non

DROIT D'IMAGE : J'autorise (cochez les cases utiles) :

la Fédé a utiliser les images du / de la vacancier / ère dans le cadre de ses outils de communications : Oui Non

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/maison famille famille d'accueil
 foyer de vie / occupationnel - précisez son nom :
 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 trouble du spectre de l'autisme
 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, page 27) :

A111 – A112 – A121 – A122 – A211 – A212 – A213 – A221 – A222 – B111
B112 – B121 – B122 – B211 – 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 pratiquée 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), agissant 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 CAPACITÉS

Je peux me baigner Oui Non

Je sais nager Oui Non

Je suis : (capacités physiques) très fatiguable fatiguable dynamique

Je peux marcher : < 1/2h entre 1/2h et 1h 1h

Avec des pauses Si oui, toutes les Oui Non

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

bras canne déambulateur fauteuil
occasionnel permanence

J'emmènerai mon aide aux déplacements pendant mon séjour Oui Non

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 :

HYGIÈNE

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

J'ai besoin d'accompagnement pour :

séchage

lavage de dos

lavage de cheveux

rasage

J'ai besoin d'un passage infirmier pour ma toilette :

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 et organisé par vos soins. Merci de nous transmettre les coordonnées du cabinet infirmier choisi.

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

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

Merci de nous en informer, afin de privilégier une chambre seule.

Si oui, je le gère seul/e

J'apprécie de faire la sieste

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
J'ai accès à la parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est le mode de communication le plus approprié (signes, images, makaton, pictogrammes...) ? :		pas du tout

	Oui	Non
Je suis sujet à la frustration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 dactylographiée et d'une photographie.		
J'ai besoin d'un passage infirmier durant le séjour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, préciser pour quel type de soins :	<input type="checkbox"/> Traitement sous forme buvable	
	<input type="checkbox"/> Traitement sous forme liquide (soin oculaire...)	
	<input type="checkbox"/> Injection	
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

	Oui	Non
Précisions		
Épilepsie	<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		
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, stabilisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éthylisme	<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.:		

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.
Merci de prévoir l'original de la carte vitale.

• Si le/la vacancier/ère a besoin d'un passage infirmier, merci de nous indiquer l'adresse e.mail du contact médical de la structure/famille :@.....

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.