

# FICHE D'INSCRIPTION

## RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION FÉDÉ

FI reçue le ..... ME

FI validée le ..... MA

 Nouveau/le vacancier/ère

Convoyage vérifié le ..... EM

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 :

Aller

Retour

directement sur le lieu du séjour

à Redon, lieu de rassemblement

Je souhaite un convoyage (merci d'indiquer la ville la plus proche répertoriée dans la page « transports et convoyages » p 27, 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 : .....

Nom de la structure : .....

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. Nous vous rappelons que vous engagez votre responsabilité sur l'exactitude des données inscrites sur la fiche d'inscription.
- Vous souhaitez souscrire à l'assurance annulation, merci de cocher la case suivante :  Tarifs et paiement : voir conditions en page 25.
- Pour les séjours lointains ou les courts séjours, je souhaite une chambre seule à l'hôtel (surcoût à 52 €/nuît), merci de cocher la case suivante :

**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

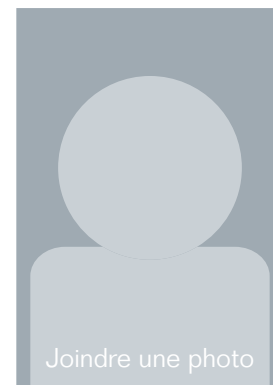
de la personne concernée ou de son représentant légal :

# INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE/LA VACANCIER/ÈRE

M. - Mme NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....



• Je vis en (cochez les cases utiles) :

- appartement/ maison                       suivi SAVS
- famille     famille d'accueil
- foyer de vie - précisez son nom : .....
- foyer d'hébergement - précisez son nom : .....
- EHPAD - précisez son nom : .....
- FAM - foyer d'accueil médicalisé             CHS – Centre Hospitalier Spécialisé

• 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 les autonomies correspondantes en se référant à la fiche SEMBA® du CNLTA, page 7) :



**VIE QUOTIDIENNE** (repas, toilettes, habillement)



**VIE SOCIALE ET COMPORTEMENT :**



**MOBILITÉ ET DÉPLACEMENT**

## 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 ....., accompagne le/la vacancier/ère à remplir 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 : < ½h  entre ½h 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 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 Si oui, nombre de cigarettes habituellement consommées par jour : .....

## HYGIÈNE

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

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 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'habillement.

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

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

Je suis sujet à l'encoprésie Oui  Non

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

## 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 (lever la nuit, matinal ou difficile, somnambulisme, insomnie, angoisses...) Oui  Non

Si oui, précisez : .....

De quel accompagnement ai-je besoin ? : .....

J'ai un appareil respiratoire pour la nuit Oui  Non

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

Si oui, je le gère seul/e (Merci de fournir le mode d'emploi) 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"/>
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...) ? : .....		

	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 <b>PILULIER au nom, prénom du/de la vacancier/ère</b> , 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 : .....		

### Précisions

	Oui	Non
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, merci de nous contacter. Pour ce faire, il est nécessaire de fournir une **ORDONNANCE SPÉCIFIQUE** pour ces soins au plus tard un mois avant le début du séjour. Après ce délai, nous vous demanderons de vous rapprocher d'un cabinet infirmier pour faire les démarches 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.