

1. DOSSIER D'INSCRIPTION

1. Renseignements administratifs

LE PARTICIPANT <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ADRESSE DE FACTURATION (si différente)
LIEU DE SÉJOUR _____	Organisme ou Famille : _____
DATE DE SÉJOUR : Du _____ au _____	NOM du référent: _____
NOM : _____	PRÉNOM : _____
PRÉNOM : _____	TÉL : _____
TÉL. _____	Engagement : _____
Date de naissance : _____	Je soussigné : _____
Lieu de naissance : _____	Nom : _____
Ets ou famille : _____	Prénom : _____
Leur adresse : _____	Adresse : _____
Tél : _____	Tél : _____
Mail : _____	Mail : _____
Permanence pendant le séjour : _____	Agissant en qualité de _____
Personne à prévenir en cas d'urgence :	déclare avoir lu et approuvé les conditions générales d'inscription prévues dans la brochure et se porter garant du financement du séjour choisi.
Nom, Prénom : _____	Fait à _____
Adresse : _____	Le _____
Tél : _____	Signature : _____
Qualité : _____	Chèque d'arrhes ci-joint : _____ € (montant)
Personne joignable pendant toute la durée du séjour (plusieurs personnes le cas échéant) : _____ _____	Virement en date du : _____ de _____ € (montant)
	Rappel : En cas d'annulation les arrhes versées restent acquises à l'association, quelque soit le motif de cette annulation (raison médicale comprise).

2. Le participant

Pour le bien être de la personne, il est indispensable de connaître certains éléments : manies : Tics, Troubles Obsessionnels Compulsifs, rituels, traitements – petites habitudes au lever, coucher, toilette, lumière de nuit.....

Vie quotidienne : petites habitudes au lever, coucher, repas, rituels, traitement médical.

.....

.....

.....

.....

Vie sociale : relations avec les autres résidents et l'encadrement. Adaptabilité à l'environnement.

.....

.....

.....

.....

Secteurs à risque : la foule, la solitude, les angoisses nocturnes (besoin d'une lumière la nuit...).

.....

.....

.....

Éléments importants : (Tics, T.O.C.S, comportements habituels ou discordants (sexuels, alimentaires...)).

.....

.....

.....

Nous vous demandons de reporter ci-dessous votre évaluation de l'autonomie de la personne et de nous la transmettre au moment de la réservation

Vacancier Autonome (V.A)	Quotient	Relationnel	Physique	Santé	choix et attentes du vacancier (lieu de séjour, envies, activités...)
Vacancier de Moyenne Autonomie (V.M.A)					
Vacancier de Faible Autonomie (V.F.A)					
Vacances Dépendantes (V.D)					

Niveau d'autonomie : psychique, mental et physique V.A V.M.A V.F.A V.D (réservé à Plein Sud)

Je soussigné : M _____ agissant en qualité de _____

Certifie :

- l'exactitude des renseignements portés dans les rubriques 1- 2 -et 3
- que toutes les informations utiles au bon déroulement du séjour ont été communiquées

Signature :

SOUHAITEZ-VOUS UNE FICHE D'OBSERVATION A L'ISSUE DU SEJOUR ? OUI NON

Le vacancier a besoin de soins infirmiers (injection, pansement, prothèse oculaire...) OUI NON

Le vacancier a besoin de matériel adapté (lit médicalisé, verticalisateur...) OUI NON

Nous vous demandons de fournir les ordonnances et prescriptions en vigueur et de fournir le nécessaire pour les soins.

VUE

- voit bien faible cécité
 lentilles lunettes prothèse oculaire
 autre : précisez _____

OUIE

- entend bien
 faible surdit e proth ese

PAROLE

- appareil dentaire
 parle peu élocution difficile muet
 ne parle pas parle beaucoup
 arrive à se faire comprendre correctement

MARCHE

- marche seul sans aide est appareillée)
 Fauteuil roulant sur le lieu de séjour :
  lectrique manuel
 Ou cannes déambulatoire
 autre : précisez _____
 Peut monter un escalier oui non avec aide

ORIENTATION

- Sait lire et écrire oui non
 La personne se repère
 - dans le temps oui non avec aide
 - les lieux oui non avec aide
 - l'espace oui non avec aide
 - a besoin d'une surveillance particulière oui non
 Si oui, pourquoi : _____
 - a conscience du danger oui non
 - est autorisée à sortir seule oui non
 - nécessite une présence de nuit oui non

ARGENT POUR LES LOISIRS

- gère son argent oui non
 -   la journée - à la semaine
 - justificatifs : oui non

AUTRES

	occasionnelle	permanente	jour	Nuit
ENURESIE				
ENCOPRESIE				

Si oui prévoir les changes pour la durée du séjour.

- Phobies : oui non
 Précisez _____
 Objet fétiche ou familier : oui non
 Précisez _____

HYGIENE

	Oui	Non	Avec aide		
se lève seul					
se couche seul					
s'habille					
va au WC seul					
la�age chaussure					
Boutonnage					
fermeture éclair					
déshabillage					
TOILETTE			Guidance verbale	Présence	
Visage					Aide totale *
Main					
Rasage					
Coiffage shampoing					
Douche					
Brossage dents.....					
Hygiène intime.....					
*engage l'intervention d'un professionnel de santé					

APTITUDES PHYSIQUES

- Résistance à la fatigue :
 bonne moyenne faible

	Oui	Non	Avec aide
Mange seul			
Mange avec matériel adapté			
Actif dans les loisirs			
Participe aux activités			
Déplacements seul, aime la marche			
Peut faire du vélo			
Sait monter à cheval			
Sait nager			

COMPORTEMENT

	Oui	Non
Crise d'angoisse		
Agressivité verbale		
Passage à l'acte violent		
Fugue		
Cleptomanie		

(si vous cochez une ou plusieurs réponses, merci de développer sur la page 2 du dossier)

- FUME oui non
 GERE SEUL SES CIGARETTES oui non
 Fréquence, quantité :

2. INFORMATIONS MÉDICALES

Nom et prénom de l'assuré _____
N° sécurité sociale _____
Caisse _____
Groupe Sanguin _____ Rhésus _____
Lieu de Séjour : _____

CONTRE INDICATION

MEDICAMENTEUSE ou ALLERGIE :

.....
.....

Traitement médical OUI NON

Fournir obligatoirement les piluliers prêts pour la durée totale du séjour et l'ordonnance en vigueur.

Au moment du départ joindre le traitement accessible pour le jour du voyage.

L'original de la carte vitale est indispensable. **Nous vous demandons également de joindre avec le dossier d'inscription les copies des attestations carte vitale, mutuelle, complémentaire ou CMU.**

MALADIES ANTERIEURES : précisez les affections antérieures, maladies, accident, asthme, accident cardiaque, opérations qu'il nous est utile de connaître.....
.....

RÉGIME ALIMENTAIRE du vacancier

	Oui	Non
Régime diabétique		
Régime hypocalorique		
A des troubles digestifs		
Nécessite alimentation hachée		
Nécessite alimentation mixée		
Risque de fausse route		
Trouble anorexique		
Trouble boulimique		
Peut boire de l'alcool, à table, en dehors des repas ? (précisez)		
Risque d'allergie alimentaire (préciser)		

AUTRE :

- Handicap mental / psychique OUI NON

Précisez.....

- Spécificité du handicap (si identifié)

Précisez.....

- Handicap physique OUI NON

Précisez (déficiency auditive, visuelle).....

- Convulsions, épilepsie OUI NON

Précisez la fréquence.....

Stabilisé OUI NON

- Ethylisme OUI NON

- Contraception OUI NON

Si oui laquelle.....

Le participant a-t-il choisi de vivre en couple pendant son séjour OUI NON

Précisez le nom de son compagnon ou compagne :

VACCINATIONS

Vaccins à jour OUI NON

Si pas de vaccinations précisez le motif :

MÉDECIN A CONTACTER SI BESOIN

.....
.....
.....

NON CONTRE-INDICATION AUX ACTIVITÉS SPORTIVES

Je soussigné, Nom, Prénom.....

Docteur en médecine certifie avoir examiné ce jour, M.....
(Nom et prénom)

Et ne pas avoir décelé de contre indication médicale à la pratique d'activités sportives qui pourraient lui être proposées dans le cadre d'un séjour de vacances.

Fait le.....A.....

ATTENTION : l'absence d'émargement signifie que la personne citée ci-dessus n'est pas autorisée à participer aux activités sportives.

Signature et Cachet du Médecin :

NON CONTRE-INDICATION A LA BAIGNADE

Je soussigné, Nom, Prénom.....

Docteur en médecine certifie avoir examiné ce jour, M.....
(Nom et Prénom)

Et ne pas avoir décelé de contre indication médicale à la pratique de la baignade.

Fait le.....A.....

ATTENTION : l'absence d'émargement signifie que la personne citée ci-dessus n'est pas autorisée à se baigner.

Signature et Cachet du Médecin

3. FICHE POUR LES TRANSPORTS

Document à renvoyer une fois dûment complété (date, horaires précis, N° de train).

LE PARTICIPANT AU SÉJOUR

Nom, Prénom : _____

Lieu du séjour : _____ Dates de séjour : _____

ETABLISSEMENT OU FAMILLE

Dénomination : _____

Adresse : _____

Personne à contacter en cas de besoin : _____

Téléphone : _____

Heure et jour de permanence : _____

VOYAGE ALLER

Arrivée sur le lieu de séjour, transport assuré par vos soins, avec : _____

Date : _____

Heure approximative : _____

Le vacancier voyage seul en train. Accueil en gare la plus proche du lieu de séjour.

Départ gare de _____ à _____ H _____

Arrivée gare de _____ à _____ H _____

Fournir obligatoirement la copie des titres de transport

Voyage Aller organisé par Plein Sud au départ de (accompagnement train, bus ou personnalisé)

MARMANDE :

AUTRE précisez : _____

VOYAGE RETOUR

Départ du lieu de séjour, transport assuré par vos soins, avec : _____

Date : _____

Heure approximative : _____

Le vacancier voyage seul en train. Accompagnement en gare la plus proche du lieu de séjour.

Départ gare de _____ à _____ H _____

Arrivée gare de _____ à _____ H _____

Fournir obligatoirement la copie des titres de transport

Voyage Retour organisé par Plein Sud au départ de (accompagnement train, bus ou personnalisé)

MARMANDE :

AUTRE précisez : _____

Si vous voyagez avec Plein Sud, une confirmation écrite accompagnée de badges et étiquettes vous sera adressée par courrier.

Fait à..... Le.....Nom et Signature.....