



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 : _____ âge : _____	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 : _____	Confirmation de l'engagement financier :
Nom et téléphone de la personne joignable pendant toute la durée du séjour (plusieurs personnes le cas échéant) : _____ _____	<input type="checkbox"/> Chèque d'arrhes ci-joint : _____ € (montant)
	<input type="checkbox"/> 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).

Actes de la vie quotidienne

1. Toilette et hygiène dentaire

Entretien personnel	Autonome	Aide partielle	*Aide totale
Fait sa toilette			
Haut			
Bas			
Dos			
Peur du bain		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Peur de la douche		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Présence la nuit		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Rasage			
Coiffage			
Brossage des dents			
Port d'une prothèse dentaire amovible		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Indiquer ci-dessous toutes les informations complémentaires : (aide partielle : guidance, supervision...). Les ordonnances correspondantes aux personnels et matériels nécessaires sont à inclure au dossier médical (Ssiad...).

*Aide Totale : *engage l'intervention d'un professionnel de santé

2. Habillage

Entretien personnel	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Habillage			
Haut			
Bas			
Choix de vêtements			
Reconnaître ses vêtements			
Se chausser			
Port de chaussures orthopédiques		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

3. Alimentation

Alimentation	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Manger			
Boire			
Texture aliments	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Régime alimentaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Risque de fausse route	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Troubles alimentaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Boulimie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Anorexie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Hyper salivorrhée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Informations complémentaires sur les goûts et habitudes alimentaires :

4. Transferts

Type	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Lit à fauteuil			
Fauteuil à lit			

5. Continence

Entretien personnel	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Utiliser les toilettes			
Incontinence urinaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Diurne	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Nocturne	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Utilise des protections	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Incontinence fécale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Diurne	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Nocturne	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Utilise des protections ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Sont-elles fournies ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

6. Déplacements

Sorties	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Orientation dans l'espace Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Orientation dans le temps Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Mémorise un lieu de destination Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Mémorise un trajet Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
S'adapte à des lieux nouveaux Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Supporte les lieux publics Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Lit l'heure Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Lit les panneaux indicateurs Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Sait demander son chemin Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Sait rentrer à heure fixe Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Sait traverser la chaussée sans danger Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Sort seul Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Sort en petit groupe Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Contre-indication à sortir seul Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

	Non	Occasionnellement	Permanent
Se déplace en fauteuil			
Utilise une canne d'aide			
Utilise canne blanche			

	Non	Occasionnellement	Permanent
Port de lunettes correctrices			
Port de lunettes de protections			
Port de lentilles			
Prothèse auditive			

Actes de la vie domestique**1. Communication**

Communication	Oui	Non	Moyens auxiliaires
voir			
Entendre			
Communication			Autres précisions
Langage verbal	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Moyen de communication	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Langage gestuelle (signée)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Langage tactile	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Communique par des attitudes (gestuel ou objet à valeur de communication)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Communique par des pictogrammes, dessins, photos	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Communique par cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Aphasie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Logorrhées/itérations	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

2. Transport

Capacités	Automne	Aide partielle	Aide totale
Appeler un transporteur			
Utiliser les transports en communs			

3. Cuisiner

Capacités	Automne	Aide partielle	Aide totale
Préparer un repas			
Planifier un repas			
Réchauffer au micro-ondes			

3. Nettoyer son environnement

Capacités	Automne	Aide partielle	Aide totale
Ranger ses affaires			
Passer l'aspirateur			
Nettoyer avec produits ménagers			

4. Médicaments

Capacités	Automne	Aide partielle	Aide totale
Gestion du traitement			
Suivi du traitement			
Contraception			

5. Gestion du linge

Capacités	Automne	Aide partielle	Aide totale
Laver vêtements			
Laver linge de toilette			
Laver linge de lit			

6. Sélection et achats

Capacités	Automne	Aide partielle	Aide totale
Achat nourriture			
Achat vêtements			
Autres articles			

7. Finances

Capacités	Automne	Aide partielle	Aide totale
Gestion argent			

Informations complémentaires :

Habitudes de vie**1. Vie personnel**

Situation et risques	Oui	Non
Tendance à fuguer		
Troubles de la mémoire		
Délires		
Hallucinations		
Phobies		
Crises d'angoisses		
Agressivité		
Automutilation		
Mise en danger de soi (refus de soins etc...)		
Comportements exhibitionnistes		
Troubles obsessionnel compulsifs		
Tendances au retrait		
Consommation de boissons alcooliques		
Consommation de tabac		
Nuit, sommeil, lever coucher	Oui	Non
Se couche tôt (préciser l'heure)		
A peur de l'obscurité		
A des difficultés pour s'endormir		
Se réveille la nuit		
A des angoisses nocturnes		
A des insomnies		
A un lever difficile		
Se lève tôt (préciser l'heure)		
Fait la sieste		

2. entourage familial

Habitudes de vie / comportement	Oui	Non
La personne vit-elle en couple ?		
Le/la conjoint est-elle (il) inscrit sur le même lieu		
Sens social avec une personne connue		
Sens social avec une personne inconnue		
Objet fétiche		
Rituels		
Goûts particuliers		

3. loisirs

Activités sportives et de loisirs	Oui	Non
Sait faire un choix parmi plusieurs activités		
Pratique régulière d'une activité sportive / Loisirs		
Fatigabilité		
Film, représentations, spectacles		
Sait nager		

Activités	Automne	Aide partielle	Aide totale
Ecriture			
Lecture			
Lecture labiale			
Utilisation internet			
Logiciels adaptés			
Utilisation d'une tablette alphabétique ou d'une tablette			

Informations complémentaires :

Traitement médical**Prescription en cours :**

Médicaments : D.C.I, dosage, posologie	Matin	Midi	16h00	Soir	coucher
Médicament 1 :					
Médicament 2 :					
Médicament 3 :					
Médicament 5 :					
Médicament 6 :					
Médicament 7 :					

**Joindre les ordonnances correspondantes avec la mention
« Distribution peut être faite par du personnel autre que infirmiers »**

Fournir les médicaments sous piluliers blisters individuels et nominatifs

**Joindre les ordonnances correspondances aux personnels et matériels nécessaires sont à
inclure au dossier médical : Intervention du service de soins, soins infirmiers, matériel
adapté....**

Le vacancier a besoin de soins infirmiers (injection, pansement, prothèse oculaire...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Le vacancier a besoin de matériel adapté (Fauteuil manuel, lit médicalisé, verticalisateur...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

A fournir obligatoirement

copie de l'attestation de droits Sécurité Sociale

Copie de la carte mutuelle

les ordonnances et prescriptions en vigueur et le nécessaire pour les soins.



Le dossier d'inscription complet (y compris la photo d'identité) doit être transmis à Plein Sud deux mois avant le début du séjour. Passer ce délai, Plein Sud se réserve le droit d'annuler la réservation.

DOSSIER MÉDICAL

Attention : les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles

LE PARTICIPANT M F

LIEU DE SÉJOUR _____

DATE DE SÉJOUR :

Du _____ au _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

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

Est-il joignable durant le séjour ? Oui Non

Si le médecin traitant n'est pas joignable, nom, prénom, adresse et téléphone du médecin coordinateur joignable durant le séjour :

Groupe Sanguin :

1. Antécédents médicaux

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

Activités sportives : Oui Non

Préciser :

Une activité soutenue est-elle déconseillée ? :

Oui Non

Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée : Oui Non

Pour les vacancières :

Date des dernières règles :

Les règles sont-elles ? douloureuses abondantes

Aménorrhées : Oui Non

Dysménorrhées : Oui Non

2. Vaccinations / Allergies :

Groupe sanguin :

Vaccination à jour :

Hépatite A : Oui Non

Date dernier rappel :

Hépatite B : Oui Non

Date dernier rappel :

Tétanos : Oui Non

Date dernier rappel :

Grippe : Oui Non

Date dernier rappel :

Autres :

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

Allergies connues, aux aliments, aux médicaments, etc :

.....

Si prise d'un contraceptif, préciser lequel (médicament ou autre moyen de contraception) :

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

Le vacancier fume t'il des produits du tabac ?

Oui Non

Le vacancier consomme t'il des boissons alcooliques ?

Oui Non

A-t-il une consommation problématique d'alcool ?

Oui Non

3. Pathologie en cours :

Asthmatique Oui Non

Si oui, date de la dernière crise :

Epileptique Oui Non

Si oui, date de la dernière crise :

Contre-indications :

Déficiência / Handicap :

Moteur, Sensoriel Mental Cognitif
 Psychique Polyhandicap

Pathologie (s) associée (s) :

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

4. Autorisation d'opérer (joindre copie du jugement) :

Autorisation d'intervention chirurgicale

Nous, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal)

.....
.....

Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur la personne.

.....
.....

Fait à, le

Signature du vacancier ou de son représentant légal

.....
.....

SOLINCITÉ « Cante Lauzette »



47350 Escassefort

☎ 05.53.93.44.50. – 📠 : 05.67.80.66.71.

plein.sud@solincite.org

www.pleinsud-vacances.fr

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

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,
Numéro de téléphone du vacancier

Arrivée sur le lieu de séjour,

Transport assuré par vos soins OUI

NON : coordonnées et téléphone de l'accompagnateur
(famille, taxi...) _____

Date : _____

Heure d'arrivée : _____ (**obligatoirement après 14h00**)

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

Marmande

Ville de départ : _____

☺ : horaire de rdv établie en lien avec les contraintes légales du
transporteur

Autre, précisez : _____

VOYAGE RETOUR

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

Date : _____

Heure de départ obligatoirement **avant 12h00** : _____

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 :

ville de départ :

AUTRE précisez : _____

Si vous voyagez avec Plein Sud, une confirmation écrite vous sera adressée.

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

