



## 1. DOSSIER D'INSCRIPTION

### 1. Renseignements administratifs

LE PARTICIPANT <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ADRESSE DE FACTURATION (si différente)
<b>LIEU DE SÉJOUR</b> _____	Organisme ou Famille : _____
<b>DATE DE SÉJOUR :</b> Du _____ au _____	NOM du référent : _____
<b>NOM :</b> _____	PRÉNOM : _____
<b>PRÉNOM :</b> _____	TÉL : _____
<b>TÉL.</b> _____	Engagement : _____
<b>Date de naissance :</b> _____ <b>âge :</b> _____	Je soussigné : _____
<b>Lieu de naissance :</b> _____	Nom : _____
<b>Ets ou famille :</b> _____	Prénom : _____
<b>Leur adresse :</b> _____	Adresse : _____
<b>Tél :</b> _____	Tél : _____
<b>Mail :</b> _____	Mail : _____
<b>Permanence pendant le séjour :</b> _____	Agissant en qualité de _____
<b>Personne à prévenir en cas d'urgence :</b>	<b>Déclare avoir lu et approuvé les conditions générales d'inscription prévues dans la brochure et se porter garant du financement du séjour choisi.</b>
<b>Nom, Prénom :</b> _____	Fait à _____
<b>Adresse :</b> _____	Le _____
<b>Tél :</b> _____	Signature : _____
<b>Qualité :</b> _____	<b>Confirmation de l'engagement financier :</b>
<b>Nom et téléphone de la personne joignable pendant toute la durée du séjour (plusieurs personnes le cas échéant) :</b> _____ _____	<input type="checkbox"/> <b>Chèque d'arrhes</b> ci-joint : _____ € (montant)
	<input type="checkbox"/> <b>Virement</b> en date du : _____ de _____ € (montant)
	<b>Rappel :</b> 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
<b>Fait sa toilette</b>			
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
<b>Habillage</b>			
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
<b>Manger</b>			
<b>Boire</b>			
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
<b>Lit à fauteuil</b>			
<b>Fauteuil à lit</b>			

Non concerné

### 5. Continence

Entretien personnel	Autonome	Aide partielle	Aide totale
<b>Utiliser les toilettes</b>			
<b>Incontinence urinaire</b>	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"/>		
<b>Utilise des protections</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
<b>Incontinence fécale</b>	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"/>		
<b>Utilise des protections ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
<b>Sont-elles fournies ?</b>	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
<b>Se déplace en fauteuil</b>			
<b>Utilise une canne d'aide</b>			
<b>Utilise canne blanche</b>			

	Non	Occasionnellement	Permanent
<b>Port de lunettes correctrices</b>			
<b>Port de lunettes de protections</b>			
<b>Port de lentilles</b>			
<b>Prothèse auditive</b>			

**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** pas de traitement

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'un 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** (les originaux sont obligatoires pour les séjours Europe et étranger)

- Copie d'une pièce d'identité
- copie de l'attestation de droits Sécurité Sociale
- copie de la carte Européenne d'Assurance Maladie (séjour Europe)
- 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.....

