

Fiche d'inscription

Photo
récente du
participant

I/ RENSEIGNEMENTS GENERAUX

VACANCIER :

Nom : Prénom :
Né(e) le : à :
Age : N° de Séc. Soc. :
Adresse personnelle :
Code postal : Ville : Téléphone :
Téléphone Portable du vacancier :

SEJOUR CHOISI : Lieu de départ : Date : du au

Tarif :

Assurance multirisques annulation : oui non Si oui, prix :

Option : Oui Non Si oui, prix :

Argent de poche : virement bancaire donné le jour du départ montant :

Catégorie sur la grille d'autonomie (à compléter obligatoirement):

VIE QUOTIDIENNE	MOBILITE	SOCIABILITE	LANGAGE
A	1	1	1
B	2		2

NOM DE L'ETABLISSEMENT OU DES PARENTS :

Adresse :
Code postal : Ville :
N° de téléphone : N° de fax :
Personne physique responsable ou tuteur :

PERSONNE OU ORGANISME ASSURANT LE REGLEMENT :

Adresse :
Code postal : Ville :
N° de téléphone : N° de fax :
Mail pour envoi facturation :

PERSONNE OU ORGANISME A QUI ADRESSER LA CONVOCATION DE DEPART :

Adresse :
Code postal : Ville :
N° de téléphone : N° de fax :
Mail pour envoi convocation :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE OU NUMERO DE PERMANENCE:

Nom : N° de téléphone fixe :
N° de téléphone portable :

Le vacancier est –il sous mesure de protection ? oui non

Si oui, laquelle ? sous curatelle ou sous tutelle

Je soussigné(e) agissant en qualité de :

Déclare avoir pris connaissance des conditions générales et des conditions particulières de vente figurant dans cette brochure, les accepte et donne pouvoir à LOISIRS CLUB AVENTURES de prendre toutes dispositions pour le bien être du vacancier.

Je déclare également avoir rempli cette fiche d'inscription confidentielle avec tous les éléments en ma connaissance pour la bonne réalisation du séjour de vacances.

TOUTE INSCRIPTION NE SERA DÉFINITIVE QU'ACCOMPAGNÉE D'UN CHEQUE DE 30 % DU MONTANT ET DU CONTRAT SIGNÉ.

Mention manuscrite : « Lu et approuvé » Le : Signature

B/ COMPORTEMENT DU VACANCIER :

Intégration dans un groupe et comportement en collectivité :.....
.....
.....

Participation aux activités :.....
.....
.....

Participation à la vie quotidienne :.....
.....
.....

Problème de violence ou d'agressivité (**antérieur ou actuel**) :.....
.....
.....

Problèmes de vol ou de fugues (**antérieur ou actuel**) :.....
.....
.....

Fatigabilité et autonomie dans les déplacements :.....
.....
.....

Vos conseils pour nous aider en cas de problèmes :.....
.....
.....

III/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINATION	Date du 1 ^{er} vaccin	Date rappel ou revaccination	Allergies connues
DT Polio			
DT Coq			
Tétracoq			
Prise polio			
Antituberculeuse (BCG)			
Antivariolique			
Autres vaccins			

Médecin généraliste (nom et téléphone) :
Médecin psychiatre (nom et téléphone) :
Pharmacien délivrant (nom et téléphone) :
Groupe Sanguin :

TRAITEMENT MEDICAL :

A un traitement médical régulier : oui non

Le prend seul : oui non

*Nécessité de piqûres durant le séjour : oui non

(Indiquez le nom du médicament, la ou les dates des injections) :

Pour le bon déroulement du séjour, il est impératif de **conditionner le traitement médical dans un semainier** et de **joindre la dernière ordonnance au moment du départ**.

Prévoir également un surplus en cas de perte des médicaments.

Posologie	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER
Nom du médicament				

*Diabète : oui non

Nombre d'injection par jour :

Peut faire ses injections seul : oui non

Asthme : oui non **Fréquence des crises :**

*Epilepsie : oui non **Fréquence des crises :**

*Problème cardiaque : oui non

Surcharge pondérale ou obésité : oui non

Enurésie / Encoprésie : **non accepté**

*Régime Alimentaire : (joindre la photocopie du régime) oui non

*Problème de Vue : oui non **Lequel :**

Problème Auditif : oui non

*Troubles de la mémoire : oui non

*Troubles spatio/temporel : oui non

*Problème de motricité : oui non

A besoin d'une canne / déambulateur : oui non

Est en fauteuil : oui non

*Problème respiratoire : oui non

A un appareil respiratoire diurne (jour) : oui non

A un appareil respiratoire nocturne (nuit) : oui non

(*)= non accepté sur les séjours à l'étranger

Maladies préexistantes en précisant les difficultés majeures de santé et leur date :

Type De Handicap (information demandée sur la déclaration de séjour par la DDCS –formulaire CERFA n° 12672*02-: personne ayant un handicap moteur, personne handicapée du fait de troubles psychiques, personne autiste, personne déficiente intellectuelle...) :

Accidents :

Crise convulsive :

Hospitalisation : oui non si oui précisez :

Hospitalisation en Service Psychiatrique : oui non si oui indiquez les 3 dernières périodes (date d'entrée et date de sortie) :

Cure de Désintoxication :

Opération :

Rééducation :

Recommandations particulières et contre-indications médicales (importantes). Il vous est possible de transmettre un courrier clos au responsable du séjour pour des renseignements d'ordre confidentiel.

PRIERE DE RENVoyer CE DOSSIER REMPLI DES 4 PAGES A :

Loisirs Club Aventures

266 rue du Faubourg Bannier BP 29149
45409 FLEURY LES AUBRAIS CEDEX

**ANNEXE
FICHE D'INSCRIPTION
LOISIRS CLUB AVENTURES**

1 - Alimentation

Alimentation	Oui	Non	Autres précisions
Faut-il mixer les aliments			
Régime alimentaire			
Risque de fausse-route			
Troubles alimentaires : boulimie, anorexie, ou modification exemple by-pass, etc.			

2 - Nuit, Sommeil, Lever, Coucher

Nuit, sommeil, lever, coucher	Oui	Non
Se couche tôt (préciser l'heure)		
A peur de l'obscurité		
Se réveille la nuit		
A des angoisses nocturnes		
A des insomnies		
Se lève tôt (préciser l'heure)		
Fait la sieste		

3 - Santé

ATTENTION : joindre l'original des ordonnances utiles : médicaments, lunettes, lentilles, soins, etc.

Gestion et suivi du traitement médical :

 autonome-----assistance-----aide totale-----sans objet

 Se déplace en fauteuil-----en permanence -----occasionnellement-----non

 Utilise une canne d'aide à la marche-----en permanence -----occasionnellement-----non

 Utilise une canne blanche-----en permanence -----occasionnellement-----non

 Port de lunettes correctrices-----en permanence -----occasionnellement-----non

 Port de lentilles de contact-----en permanence -----occasionnellement-----non

 Port d'une prothèse dentaire amovible----- oui----- non

 Port d'une prothèse auditive ----- oui----- non

 Port de chaussures orthopédiques ----- oui----- non
4 - Habitudes de vie et comportement

Habitudes de vie/Comportement	Oui	Non
Rituels		
Tendance à fuguer		
Troubles de la mémoire		
Délires		
Hallucinations		
Phobies		
Crises d'angoisse		
Agressivité		
Automutilation		
Mise en danger de soi (refus de soins, etc.)		
Comportements exhibitionnistes		

5 - Sorties et déplacements

Sorties et déplacements	Oui	Non	Avec une préparation/ Préciser
Se repère dans l'espace			
Se repère dans le temps			
Mémoire un lieu à atteindre			
Mémoire un trajet			
S'adapte à des lieux nouveaux			
Supporte les lieux publics			
Lit l'heure			
Lit les panneaux indicateurs			
Sait demander son chemin			
Sait rentrer à heure fixe			
Sait traverser la chaussée sans danger			

6 - traitement médical

ATTENTION
Les informations ci-dessous sont strictement confidentielles

Déficience/handicap :

Moteur ----- sensoriel ----- mental ----- cognitif----- psychique ----- polyhandicap:

Pathologie (s) associée(s) _____

Pour les vacancières :

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

La vacancière gère t'elle seule la gestion de sa contraception ----- oui----- non

7 - Autorisation d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale :

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