

Fiche d'inscription

Photo
récente du
participant

I/ RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

VACANCIER :

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

SÉJOUR 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'ÉTABLISSEMENT OU DES PARENTS :

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

PERSONNE OU ORGANISME ASSURANT LE RÈGLEMENT :

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

PERSONNE OU ORGANISME À QUI ADRESSER LA CONVOCATION DE DÉPART :

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

PERSONNE À PRÉVENIR 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 RÈGLEMENT DE 30 % ET DE CE DOSSIER INTEGRALEMENT COMPLETE.

Mention manuscrite : « Lu et approuvé » Le : Signature

TRAITEMENT MEDICAL :

- A un traitement médical régulier : oui non
Le prend seul : oui non
*Nécessité de piqûres durant le séjour : oui non ([Ordo + protocole à fournir avec ce dossier](#))

(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 : ([Ordo + protocole à fournir avec ce dossier](#)) oui non

Nombre d'injection par jour :

Peut faire ses injections seul oui non

[Si injection les jours de départs et de retours, elles ne seront pas prises en charge par nos services.](#)

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

***Epilepsie :** ([fournir un certificat pour la baignade](#)) oui non **Fréquence des crises :**

***Problème cardiaque :** oui non

Surcharge pondérale ou obésité : oui non

Énurésie / Encoprésie : **REFUSER**

***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

Si oui, merci de nous communiquer les dimensions + le type de l'appareil, si gère seul (e) + N° de maintenance :

(*)= 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 Banner 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

Annexe 1 : Partie B Formulaire d'information standard pour des contrats de voyage à forfait dans des situations autres que celles couvertes par la partie A

La combinaison de services de voyage qui vous est proposée est un forfait au sens de la directive (UE) 2015/2302 et de l'article L.211-2 II du code du tourisme. Vous bénéficierez donc de tous les droits octroyés par l'Union européenne applicables aux forfaits, tels que transposés dans le [code du tourisme](#). L'entreprise Loisirs Club Aventures sera entièrement responsable de la bonne exécution du forfait dans son ensemble. En outre, comme l'exige la loi, l'entreprise Loisirs Club Aventures dispose d'une protection afin de rembourser vos paiements et, si le transport est compris dans le forfait, d'assurer votre rapatriement au cas où elle(s) deviendrait(en)t insolvable(s).

Droits essentiels prévus par la directive (UE) 2015/2302 transposée dans le [code du tourisme](#) : Les voyageurs recevront toutes les informations essentielles sur le forfait avant de conclure le contrat de voyage à forfait. L'organisateur ainsi que le détaillant sont responsables de la bonne exécution de tous les services de voyage compris dans le contrat. Les voyageurs reçoivent un numéro de téléphone d'urgence ou les coordonnées d'un point de contact leur permettant de joindre l'organisateur ou le détaillant. Les voyageurs peuvent céder leur forfait à une autre personne, moyennant un préavis raisonnable et éventuellement sous réserve de payer des frais supplémentaires. Le prix du forfait ne peut être augmenté que si des coûts spécifiques augmentent (par exemple, les prix des carburants) et si cette possibilité est explicitement prévue dans le contrat, et ne peut en tout cas pas être modifié moins de vingt jours avant le début du forfait. Si la majoration de prix dépasse 8 % du prix du forfait, le voyageur peut résoudre le contrat. Si l'organisateur se réserve le droit d'augmenter le prix, le voyageur a droit à une réduction de prix en cas de diminution des coûts correspondants. Les voyageurs peuvent résoudre le contrat sans payer de frais de résolution et être intégralement remboursés des paiements effectués si l'un des éléments essentiels du forfait, autre que le prix, subit une modification importante. Si, avant le début du forfait, le professionnel responsable du forfait annule celui-ci, les voyageurs peuvent obtenir le remboursement et un dédommagement, s'il y a lieu. Les voyageurs peuvent résoudre le contrat sans payer de frais de résolution avant le début du forfait en cas de circonstances exceptionnelles, par exemple s'il existe des problèmes graves pour la sécurité au lieu de destination qui sont susceptibles d'affecter le forfait. En outre, les voyageurs peuvent, à tout moment avant le début du forfait, résoudre le contrat moyennant le paiement de frais de résolution appropriés et justifiables. Si, après le début du forfait, des éléments importants de celui-ci ne peuvent pas être fournis comme prévu, d'autres prestations appropriées devront être proposées aux voyageurs, sans supplément de prix. Les voyageurs peuvent résoudre le contrat sans payer de frais de résolution lorsque les services ne sont pas exécutés conformément au contrat, que cela perturbe considérablement l'exécution du forfait et que l'organisateur ne remédie pas au problème. Les voyageurs ont aussi droit à une réduction de prix et/ou à un dédommagement en cas d'inexécution ou de mauvaise exécution des services de voyage. L'organisateur ou le détaillant doit apporter une aide si le voyageur est en difficulté. Si l'organisateur ou le détaillant devient insolvable, les montants versés seront remboursés. Si l'organisateur ou le détaillant devient insolvable après le début du forfait et si le transport est compris dans le forfait, le rapatriement des voyageurs est garanti. Loisirs Club Aventures a souscrit une protection contre l'insolvabilité auprès de l'APST. Les voyageurs peuvent prendre contact avec cet organisme (APST, 15 avenue Carnot 75017 Paris – 01.44.09.25.35 – info@apst.travel) si des services leur sont refusés en raison de l'insolvabilité de Loisirs Club Aventures.
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B6B56671A51841699A8FB7B4B5EB08A2.tp1gfr21s_1?idArticle=LEGIARTI000036242695&cidTexte=LEGITEXT000006074073&categorieLien=id&dateTexte=20180701