

FICHE D'INSCRIPTION



Les séjours adaptés proposés par Vendée Amitié s'adressent à des adultes en situation de handicap mental et/ou psychique.

Ils ne répondent malheureusement pas aux besoins particuliers :

- Des adultes nécessitant l'intervention d'un personnel médical et/ou paramédical plus d'une fois par semaine.
- Des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour la collectivité. Cela garantit le bien-être des vacanciers et la qualité de nos séjours.

J'ai compris (cochez la case obligatoirement) :

PARTIE 1 : « ADMINISTRATIF »

LE VACANCIER

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Lieu de résidence :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parents | <input type="checkbox"/> Appartement |
| <input type="checkbox"/> Famille d'accueil | <input type="checkbox"/> Hôpital |
| <input type="checkbox"/> Foyer | <input type="checkbox"/> Autre : |

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :



SÉJOUR

Numéro du séjour choisi * :

*Sous réserve de validation

Dates :

Dans l'hypothèse où le séjour est complet, le zème choix est :

Acompte : € (en cas d'annulation, le montant de l'acompte restera dû pour frais d'annulation et de dossier)

Souscription à l'assurance annulation : OUI NON (son montant sera réglé en même temps que l'acompte et l'adhésion)

Don : OUI, montant : € NON

ATTENTION : le paiement du solde doit s'effectuer obligatoirement au minimum 1 mois avant le début du séjour

CADRE RÉSERVÉ À L'ASSOCIATION

Dossier reçu le :/...../.....

Dossier validé :

OUI Date :/...../.....

NON

Motif :



PERSONNE EN CHARGE DE L'INSCRIPTION
<input type="checkbox"/> Famille / Parent <input type="checkbox"/> Tuteur / Curateur <input type="checkbox"/> Structure <input type="checkbox"/> Vacancier lui-même
NOM :
Prénom :
Lien avec le vacancier :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Mail :

LE REPRÉSENTANT LÉGAL DU VACANCIER
<input type="checkbox"/> Famille / Parent <input type="checkbox"/> Tuteur / Curateur <input type="checkbox"/> Structure <input type="checkbox"/> Vacancier lui-même
NOM :
Prénom :
Lien avec le vacancier :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Mail :

ENVOI DE LA FACTURE
<input type="checkbox"/> Famille / Parent <input type="checkbox"/> Tuteur / Curateur <input type="checkbox"/> Structure <input type="checkbox"/> Vacancier lui-même
NOM :
Prénom :
Lien avec le vacancier :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Mail :

INFORMATIONS DÉPART / RETOUR
Le jour du départ, la personne sera déposée par :
NOM / Prénom :
Téléphone :
Le jour du retour, la personne sera récupérée par :
NOM / Prénom :
Téléphone :
Il est impératif que nous ayons ces coordonnées au plus tard 1 mois avant le départ. Ces numéros nous permettront de contacter la personne en cas de retard

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE PENDANT LE SÉJOUR (soir, week-end et fériés compris)
NOM :
Prénom :
Lien de parenté avec le vacancier :
Téléphone :
NOM :
Prénom :
Lien de parenté avec le vacancier :
Téléphone :



II. Alimentation

	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Mange			
Boit			

	Oui	Non	Autres précisions
Particularité alimentaire			(ex : mixé, haché...) – joindre la prescription médicale
Risque de fausse route			
Régime alimentaire			(ex : diabétique...) – joindre la prescription médicale
Troubles du comportement alimentaire			<input type="checkbox"/> Boulimie <input type="checkbox"/> Anorexie <input type="checkbox"/> Potomanie <input type="checkbox"/> Autres :

Informations complémentaires :

--

III. Nuit / Sommeil / Lever / Coucher

	Oui	Non	Précisions
A un appareil d'apnée du sommeil			
Se couche tôt			<i>Préciser l'heure</i>
A peur de l'obscurité / Besoin d'une veilleuse			
A des difficultés à s'endormir			
Se réveille la nuit			
A des angoisses nocturnes			
A un lever difficile			
Se lève tôt			<i>Préciser l'heure</i>
Fait la sieste			



IV. Habitudes et vie sociale

	Oui	Non
Vit seul de manière autonome		
Le vacancier vit-il habituellement en couple ?		
La/le conjoint est-il/elle inscrit(e) sur le même séjour ?		
Partageront-ils la même chambre ?		
Objet fétiche		
Rituels		

Autres précisions et préconisations :
.....
.....
.....
.....

V. Contraception / règles / sexualité

Pour les femmes	Oui	Non
Est-elle réglée ?		
Utilisation de serviettes périodiques		
Utilisation de tampons		
Est-elle ménopausée ?		
Pour tous		
Prise d'un contraceptif ?		
Gestion autonome		

Autres précisions et préconisations :

VI. Addictions

	Oui	Non
Consommation de tabac		
Gestion autonome		
Consommation alcoolisée autorisée		

Précisions
<i>Si contrat mis en place, merci de nous le fournir</i>

VII. Gestion de l'argent personnel

	Autonome	Avec une aide	Non
Gestion de l'argent de poche			
Réalisation d'un achat simple			
A la valeur de l'argent	Oui	Non	

Chaque vacancier a la possibilité d'avoir de l'argent de poche durant le séjour.

L'association propose une mise en sécurité de cet argent de poche. Si le vacancier garde son argent avec lui, l'association déclinera toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

VIII. Communication

	Oui	Un peu	Pas du tout
Communique par le langage verbal			
Communique par pictogrammes, dessins, photos			
Communique par cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée			

	Seul	Avec une aide	Non
Ecriture			
Lecture			
Dessin			
Utilisation du téléphone			
Le vacancier peut-il gérer son courrier ?			



IX. Sorties et déplacements

	Oui	Non	Précisions
Se repère dans l'espace			
Se repère dans le temps			
S'adapte à de nouveaux lieux			
Supporte les lieux publics			
Marche seul			
Se déplace en fauteuil roulant			
Utilise une canne / un déambulateur			
Risque de chute			
Sait monter les escaliers			
Peut monter dans le car sans aide			

X. Moyens de compensation

Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Prothèses auditives	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Canne / déambulateur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Prothèses dentaires amovibles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Canne blanche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Lunettes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chaussures ou semelles orthopédiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Lentilles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

XI. Activités sportives et de loisirs

	Oui	Non	Précisions
Sait faire un choix parmi plusieurs activités			
A peur de l'eau			
Aime se baigner			
Sait nager			

Activités que le vacancier aime :

.....

.....

Activités qui apaisent le vacancier :

.....

.....

XII. Prise de traitement

Afin de respecter la réglementation à laquelle sont soumis nos séjours, nous vous demandons de préparer les traitements dans des piluliers (en quantité suffisante pour la durée du séjour). Tous les piluliers seront stockés dans un endroit sécurisé. Les traitements seront distribués par un membre de l'association.

J'accepte que les données personnelles transmises sur le dossier d'inscription et sur les documents demandés par Vendée-Amiété, soient utilisées pour l'organisation et le bon déroulement des séjours. En aucun cas elles ne seront utilisées à d'autres fins que celles mentionnées aux statuts de l'association.

J'accepte les conditions générales de vente mentionnées dans la plaquette.

Fait à : Le

Signature du vacancier ou de son représentant légal :

Pour se mettre en conformité avec la loi sur le tourisme de juillet 2018, après réception du dossier, les responsables du séjour vous feront parvenir un devis. L'inscription ne sera ferme et définitive qu'à réception de ce devis signé, accompagné de l'acompte demandé ainsi que du règlement de la cotisation (+/- le montant de l'assurance annulation).