

PARTICIPANT

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : M F
Adresse :
Téléphone :
Email :
Établissement fréquenté :
Adresse :

Personne de référence :
Parents : OUI NON
Si non, profession :
Téléphone :
Email :

Participant sous tutelle
• Nature de la tutelle :
• Tutelle assurée par :
Participants sous curatelle : OUI NON

Médecin traitant :
Téléphone :
Adresse :

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION

Nom :
Prénom :
Fonction :
Adresse :
Téléphone :
Email :

PENDANT LE SEJOUR – URGENCE

	Responsable inscription	Autre personne*
Personne à contacter en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonction :
Téléphone :
Email :

*Si la personne à contacter est une autre personne :
Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Email :

CONVOCACTION ET INFORMATIONS SÉJOURS

	Vacancier	Responsable inscription	Autre personne**
Envoi convocation / information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envoi compte rendu du séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** Dans le cas d'une autre personne :
Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Email :

FACTURATION ET RELEVÉ DE FRAIS

	Responsable inscription	Autre personne***
Envoi de la facture :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envoi des relevés de frais (argent de poche, etc) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*** Dans le cas d'une autre personne :
Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Email :

SEJOURS CHOISIS

Références du séjour :
Dates : du au

Second choix de séjour en cas d'indisponibilité :
Nom du séjour :
Dates : du au

GARANTIE ANNULATION / INTERRUPTION (FACTULTATIVE)

GEVAUDAN VAO vous conseille de souscrire à une garantie qui vous rembourse les frais de désistement ou la part du voyage non effectué en cas d'interruption du séjour exécuté par un assistant dans un certain nombre de cas (Voir les conditions particulières d'inscription).
Si vous souhaitez souscrire cette option, vous devez impérativement ajouter son montant au prix du séjour lors du versement du premier acompte.

J'ai pris connaissance des conditions générales de la garantie annulation/ interruption et je souhaite y souscrire.
 OUI NON

ACCEPTATION

Je soussigné(e) agissant en qualité de certifie, avoir pris connaissance des conditions générales de vente (document joint en annexe) et de déroulement des séjours vacances adaptées de Gévaudan VAO (ci-joint le programme), et déclare les accepter sans réserve.

J'effectue une copie de cette fiche avant de vous la retourner.

Fait à le
Signature :

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Fournir de préférence une attestation de prise en charge

Je soussigné(e) agissant en qualité de pour l'organisme

Adresse :
Téléphone :
Email :

Prend en charge : Partiellement Totalement
Les frais de séjours et les frais annexes de
Pour un montant de

Fait à le
Signature et cachet de l'organisme

Nom et prénom du vacancier :

TOILETTES ET HYGIÈNES

	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide totale
• Fait sa toilette seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Change ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le jour		La nuit
• Est énéurétique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
• Est encoprétique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
• Porte des protections (à fournir)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
• A peur de la douche : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
• Pour les femmes réglées, port de : <input type="checkbox"/> Serviettes <input type="checkbox"/> Tampons <input type="checkbox"/> Autres			
• Remarques complémentaires (urinaires, selles,...) :			

ALIMENTATION

	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide totale
Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utilisation de gélifiants pour boissons : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			Si oui, à fournir
• Particularités alimentaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
• Lesquelles (régime, aliments mixés/ semi-mixés – joindre ordonnance et protocole) :			
• Autres remarques (façon de manger, couverts adaptés...) :			

SOMMEIL

	Oui	Non
• A des difficultés pour s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A peur de l'obscurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A des angoisses nocturnes, des insomnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se lève la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A un lever difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fait la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orthèse de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heure habituelle du coucher :	Du lever :	
• Préconisation :		

SANTÉ À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT

Poids :kg - Taille :m

• Sous traitement médical	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
• Besoin intervention IDE (si oui, joindre une prescription médicale)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
• Besoin de matériel médical (si oui, joindre une prescription médicale)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
• Prise de médicament : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> À donner				
• Pour les femmes, prise de contraceptif : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
• Déficience visuelle		Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Non voyant		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mal voyant		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
La personne est équipée de : <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles <input type="checkbox"/> Cannes				
• Déficience auditive		Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Sourd		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Malentendant		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
• Problèmes cutanés, si oui lesquels :				
• Port d'appareillage (prothèse auditive, prothèse dentaire, corset,...) :				
• Épilepsie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, l'épilepsie est-elle : <input type="checkbox"/> Stabilisée <input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Fréquente				
Malgré l'épilepsie, baignade autorisée (piscine, sauna, jacuzzi) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, joindre certificat médical autorisant la baignade				
• Fume actuellement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Quantité quotidienne :				
• Consommation d'alcool autorisé : <input type="checkbox"/> Interdite <input type="checkbox"/> Autorisé				
Si autorisée, quantité et fréquence de consommation :				
Précisez si tendance à l'alcoolisme :				

COMPORTEMENT

• A un objet transitionnel : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Si oui, lequel :			
• A des rituels : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Si oui, lequel :			
• Peut se mettre en danger : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Si oui, dans quel contexte :			
• A tendance à : <input type="checkbox"/> FUGUER <input type="checkbox"/> ERREUR			
• Est sujet à : <input type="checkbox"/> DÉLIRES <input type="checkbox"/> PHOBIES <input type="checkbox"/> ALLUCINATIONS			

Pour compléter cette rubrique nous tenons à votre disposition une fiche complémentaire déterminant le degré d'autonomie du vacancier.

RELATIONS

• Si des difficultés relationnelles peuvent se manifester, préciser : Lesquelles (blocage, insultes, violence...) ?			
Avec qui ? (Encadrants, les vacanciers, les personnes extérieures au séjour,...)			
Préconisations (pour éviter ou gérer ces difficultés) ?			
• Vient en couple sur le séjour : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Si oui, nom du partenaire :			
Partage de la même chambre : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Partage du même lit : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

COMMUNICATION

	Seul	Avec aide	Non
Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mode de communication : <input type="checkbox"/> Langage <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Cris			
Autre(s) mode(s) de communication :			

ACTIVITÉS - LOISIRS

• Soutien de l'attention : <input type="checkbox"/> - 30 min <input type="checkbox"/> de 30min à 1h <input type="checkbox"/> + d'1h			
Choisir une activité parmi plusieurs :		Oui	Non
• Nage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pratique régulièrement une activité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, laquelle ou lesquelles :

Autres centres d'intérêt : (culturels, artistiques, sportif, ludique...)

ARGENT PERSONNEL

• Gère son argent seul : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Somme habituellement gérée et période : € par			

SORTIES

	Oui	Non	Avec préparation
• Peut sortir seul sans animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Lit l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Est capable de rentrer à heure fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• A besoin de temps pour s'adapter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Se repère dans de nouveaux lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Remarques complémentaires :			

MOTRICITÉ

• Se déplace en / avec : <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Canne			
<input type="checkbox"/> Tout le temps <input type="checkbox"/> En sortie			
• Monte un escalier seul : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec aide			
• Pour les personnes en fauteuil roulant	Oui		Non
• Emporte son fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Véhicule adapté nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se maintient debout pour transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Est capable de rentrer à heure fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A besoin de temps pour s'adapter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se repère dans de nouveaux lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Port de chaussures orthopédiques :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
• Peut marcher : <input type="checkbox"/> - 30 min <input type="checkbox"/> de 30min à 1h <input type="checkbox"/> + d'1h			
Remarques complémentaires :			

Nom et qualité de la personne ayant rempli cette fiche :