

DOSSIER D'INSCRIPTION GROUPE

Nom et Prénom du vacancier :

Sexe : Féminin Masculin Nationalité :

Date de Naissance :

Portable :

N° de Sécurité Sociale :

Caisse d'Affiliation :

Type de fauteuil roulant/marque (*si fauteuil*) :

Poids du vacancier :Kg Taille du vacancier :

Autonomie : LEGER MODERE SOUTENU RENFORCE (**voir fiche page 7**)

Photo d'identité

Obligatoire

Suivi en : SAVS Foyer d'hébergement Foyer de vie FAM MAS

Autre, précisez :

Nom de la structure d'accueil :

Travailleur en ESAT : Oui Non

PARTIE 1 : INFORMATIONS SUR LE SEJOUR ET DEPART

Séjour auquel le vacancier participe :

Dates : du / / 20..... Au / / 20.....

En couple sur le séjour avec :

Adresse de prise en charge du DEPART :

Adresse de prise en charge du RETOUR :

ADRESSE DE FACTURATION

Adresse :

Code Postal/Ville :

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION :

Qualité : Adresse :

Code Postal : Ville :

E-mail : Portable(s) :/...../...../...../.....

RESPONSABLE LÉGAL :

Qualité : Adresse :

Code Postal/Ville : Portable(s) :/...../...../...../.....

E-mail : @

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ou RAPATRIMENT ! (Mêmes le week-end) :

Adresse :

Code Postal/ Ville :

E-mail : @ Portable(s) :/...../...../...../.....

Tout dossier incomplet ou incorrect, pourra engendrer un retour immédiat du vacancier à son domicile !

CE DOSSIER D'INSCRIPTION A ÉTÉ REVU SELON LA NOUVELLE INSTRUCTION VAO N°DGCS/SD3B/2015/233 DU 10/07/2015. Nous remercions les personnes habilitées de bien vouloir **dater et signer** (avec la mention : **certifié exact**) chacune des fiches suivantes selon les informations qui figurent en bas de chaque page.

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS AU QUOTIDIEN

Ce document doit être obligatoirement daté et signé selon les instructions dans l'encadré ci-dessous

VIE QUOTIDIENNE	Seul	Stimulation	Avec aide totale
Fait sa toilette			
Prends sa douche			
Se rase			
Se coiffe			
S'habille			
Change ses vêtements			
Reconnait ses vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			

ALIMENTAIRE	OUI	NON
Mange seul		
Boit seul		
Mange haché		
Mange mixé		
Régime alimentaire		
Précisez:		
Troubles alimentaires		
Précisez:		
Risque de fausses routes		
Addiction alimentaire		
Précisez:		

Loisirs/Activités	OUI	NON
Sait nager		
Pratique habituelle de sports et loisirs		
Si Oui, lesquelles		
Aime:		
N'aime pas:		
Contre-indications:		
Sait choisir parmi plusieurs activités		
Bonne résistance physique		
Capable d'une attention prolongée		
Peut dormir en haut d'un lit superposé		
A déjà dormi en Mobil home		

Communication	OUI	NON
Comprend		
Langage verbal		
Langage par gestes, gestes tactiles		
Utilise la LSF		
Utilise pictogrammes, dessins...		
Utilise des sons, cris, vocalises		
Aphasie		
Ecrit		
Lit		
Lit sur les lèvres		
Logorrhées		
Itérations		
Autres:		

Rythme et Repos	OUI	NON
Se couche tôt		
Se couche tard		
Se lève tôt		
Se lève tard		
Fait la sieste		
Sommeil agité		
Sommeil difficile		
Peurs/Angoisses nocturnes		
Besoin d'une surveillance nocturne PMR		
Précisez:		

	Légère	Moyenne	Complète
Déficiences visuelle ?Oui ?Non			
Déficiences auditive ?Oui ?Non			

Merci d'indiquer le nom et le prénom de la personne qui a renseigné les informations ci-dessus.

Dater et signer avec la mention : **Certifié exact**

PARTIE 3 : LE COMPORTEMENT

Merci d'indiquer le nom et prénom de la personne qui a renseigné les informations ci-dessus. Dater et signer avec la mention : certifié exact

HABITUDE/COMPORTEMENT	OUI	NON
A peur du bain/douche		
Sociable		
Objet fétiche		
Rituels		
Précisez:		
Gérer son argent seul		
sinon Précisez:		
Tendance à fuguer		
Si oui fréquence:		
Date de la dernière fugue:		
Tentative de suicide		
Date de la dernière tentative de suicide:		
Besoins:		
Troubles de la mémoire		
Crise d'angoisse		
S'isole		
Fabulations, délires		
Hallucinations		
Phobies		
Précisez:		
TOC		
Mise en danger de soi		
Automutilation		
Agressivité verbale		
Agressivité physique		
Précisez:		
Comportement exhibitionniste		
Troubles sexuels		
Précisez:		
A peur de la foule		
Potomanie		
Kleptomanie		
Peurs et craintes:		

DEPLACEMENTS	OUI	NON
Se repère dans l'espace		
Se repère dans le temps		
Mémorise un trajet		
Sait demander son chemin		
Lit l'heure		
Peut sortir seul en séjour sans accompagnement		
Peut sortir en groupe sans accompagnement		
Peut sortir seul le soir		
Peut prendre un repas hors séjour		
Peut utiliser les transports en commun		
S'adapte aux lieux nouveaux		
Fatigable		
Monte et descend un escalier sans difficulté		
Résistant à la marche		
Précisez <input type="checkbox"/> 1Km/ <input type="checkbox"/> 3Km/ <input type="checkbox"/> 5Km/ <input type="checkbox"/> 10Km		

APPAREILLAGE	OUI	NON
Protections jour/nuit		
Protections fournies par vos soins*		
<i>*Sinon achat sur place et refacturation</i>		
Besoins d'un fauteuil roulant		
Besoin de canne/béquille		
Besoin de canne blanche (vue)		
Lunettes		
Lentilles		
Appareil auditif		
Appareil dentaire amovible		
Si oui, le nettoie seul		
Chaussures orthopédiques		
Synthèse vocable/tablette		
Téléphone portable		
Bande de contention		
Bas de contention		

Tout dossier incomplet ou incorrect, pourra engendrer un retour immédiat du vacancier à son domicile !

Merci d'indiquer le nom et le prénom de la personne qui a renseigné les informations ci-dessus.

Dater et signer avec la mention : **Certifié exact**

FICHE COMPLEMENTAIRE HANDIVAO

Éléments complémentaires (pédagogie, attitudes, à éviter)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vie quotidienne : recommandations médicales, toilettes, ect...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Comportement : relation avec des inconnus, encadrants, autres vacanciers...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tout dossier incomplet ou incorrect, pourra engendrer un retour immédiat du vacancier à son domicile !

Merci d'indiquer le nom et le prénom de la personne qui a renseigné les informations ci-dessus.
Dater et signer avec la mention : Certifié exact

PARTIE 4 : RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (à remplir par le médecin)

Médecin Traitant :
 Adresse :
 Code Postal/ ville :
 E-mail Téléphone(s) :

Est-il joignable pendant le séjour : Oui Non

Si non, Nom et Prénom du médecin joignable ***(en cas de rapatriement sanitaire ou autre)*** :

Adresse : Code Postal :
 Ville E-mail :
 Téléphone(s)

SANTE/MEDICAL	OUI	NON
Traitement médical		
Prend son traitement seul		
Enurésie diurne*		
Enurésie nocturne*		
Encoprésie diurne*		
Encoprésie nocturne*		
Contraceptif		
Précisez:		
Si oui, gère seul(e)		
Règles douloureuses		
Règles abondantes		
Règles aménorrhéées		
Date des dernières règles:		
Hyper-Salivation		
Cardiaque		
Diabétique		
Injection insuline pendant le séjour		
Précisez fréquence:		
Gère seul ses injections		
addictions		
Précisez:		
Allergies		
Précisez:		
Asthmatique		
Date de la dernière crise:		
Epileptique		
Epilepsie stabilisé		
Date de la dernière crise:		

ALIMENTAIRE	OUI	NON
Allergie alimentaire		
Précisez:		
LOISIRS/ACTIVITES	OUI	NON
Peut se baigner avec surveillance		
Participation a une activité soutenue		
Exposition au soleil modérée		
HABITUDE /COMPORTEMENT	OUI	NON
Fumeur		
Si oui, gère seul		
Si non, Précisez:		
Peut consommer de l'alcool		
Si oui, gère seul		
Risques liés à la consommation d'alcool		
Précisez:		

*Si énurésie ou encoprésie, merci de nous fournir une alèse

Tout dossier incomplet ou incorrect, pourra engendrer un retour immédiat du vacancier à son domicile !

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN TRAITANT

Fait le :
 A

Soins médicaux durant le séjour (à remplir par le médecin)

Ce document doit être obligatoirement daté et signé selon les instructions dans l'encadré ci-dessous

Je soussigné(e),

Qualité :

Sollicite l'intervention d'un tiers médical sur le séjour pour le(s) soin(s) suivant(s) :

Injection récurrente Injection ponctuelle Prise de sang / Recueil de données Pansement Autre(s)

Précisez :

DATE DU OU DES SOINS A INDIQUER SUR L'ORDONNANCE

Une ordonnance pour les soins est nécessaire durant le séjour, pour qu'un infirmier(e) puisse venir sur les lieux

ACTES MÉDICAUX OU INFIRMIERS Nous ne pouvons accepter de prendre en charge les vacanciers nécessitant des actes médicaux ou infirmiers durant les temps de transport ainsi que durant les séjours de vacances se déroulant l'étranger. Pour les séjours en France, merci d'en informer notre agence de voyages au plus tôt.

SÉJOURS AVEC TRANSPORT AÉRIEN Toute détention de médicaments doit pouvoir être obligatoirement justifiée par une prescription médicale.

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX Toute avance de frais médicaux engagée par notre agence donnera lieu à une demande de remboursement qui sera adressée au responsable légal. Les justificatifs originaux de soins lui seront retournés dès réception du règlement.

PARTIE 5 : AUTORISATION DE FRAIS ET AUTRES

Je soussignée....., en tant que, déclare avoir pris connaissance de l'inscription du majeur dénommé.....et je m'engage à rembourser **les frais médicaux avancés par HANDIVAO**

J'autorise HANDIVAO à faire le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation chirurgicale y compris une anesthésie sur la personne.

J'autorise HANDIVAO à reproduire sur tout support et par tous procédés et à diffuser, sans contrepartie financière, la (ou les) photographie(s), le film et ou l'enregistrement me représentant. Les œuvres précitées seront utilisées par HANDIVAO à fins de communiquer sur les services de voyages adaptés-accompagnés proposés aux personnes en situation de handicap par l'agence. L'autorisation porte exclusivement sur une diffusion par ou sous le contrôle direct de HANDIVAO, sur support papier (plaquette, brochure d'information, affiche) ou dématérialisé, via Internet et en particulier sur le site de HANDIVAO et la page Facebook BEHANDI. Les légendes ou commentaires accompagnant la diffusion des œuvres ne devront pas porter atteinte à ma réputation, à ma vie privée, à mon intégrité.

Tout dossier incomplet ou incorrect, pourra engendrer un retour immédiat du vacancier à son domicile !

Merci d'indiquer le nom et le prénom de la personne qui a renseigné les informations ci-dessus.

Dater et signer avec la mention : **Certifié exact**

Quel type d'accompagnement ?



LÉGER

Degré d'autonomie : Très bonne à bonne autonomie

La personne prend totalement en charge sa vie courante (*toilette, gestion du linge*) et gère son argent de poche. Elle se repère dans le temps et dans l'espace. Elle s'exprime facilement et émet des choix dans les activités proposées. Elle n'a pas de problème moteur particulier, est très bon marcheur. Aucun problème de comportement. Personne sociable et dynamique apte à suivre un rythme de séjour soutenu. Peut avoir besoin d'un intervenant.

1 accompagnateur pour 3/4 vacanciers



MODÉRÉ

Degré d'autonomie : Moyenne autonomie - STIMULATION

La personne a besoin d'être stimulée dans les actes de la vie quotidienne (*toilette, habillement, activités*). Elle est capable d'exprimer ses besoins. Peut monter les escaliers. Se fatigue

peu, effectue des balades ne nécessitant pas l'aide d'un tiers dans les déplacements. Comportement stable dans la plupart des cas. Les difficultés sont connues et gérées. A besoin d'un accompagnement lors des activités pour assurer leur bon déroulement et pour garantir la sécurité du vacancier.

1 accompagnateur pour 3/4 vacanciers



SOUTENU

Degré d'autonomie : Faible autonomie - AIDE

La personne a besoin d'être régulièrement accompagnée dans les actes de la vie courante. Difficultés à la marche, nécessitant l'aide d'un tiers. Elle peut se tenir debout et participer au transfert. Elle est dépendante d'une tierce personne dans les déplacements. Instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger. A besoin d'un accompagnement soutenu.

1 accompagnateur pour 2/3 vacanciers



RENFORCÉ

Degré d'autonomie :
Très faible autonomie

La personne a besoin d'être assistée en permanence dans les actes de la vie courante. Problèmes moteurs importants nécessitant du matériel adapté (*fauteuil/lit médicalisé/lève personne*). Comportement instable et irrégulier. Période de grande angoisse. Personne ponctuellement violente ou agressive envers elle-même (*automutilation*) ou autrui. A besoin d'une aide rapprochée et active.

1 accompagnateur
pour 1 vacancier



ARGENT DE POCHE

Document à envoyer par mail à info@handivao.fr ou bien à l'adresse suivante :
4 rue de la libération, 41240 Ouzouer-le-Marché

NOM DU VACANCIER : _____ PRENOM : _____

NOM DU SEJOUR : _____

Pour l'argent de poche, merci de remplir les informations suivantes :

Montant de l'argent de poche : _____ €

Remis par (entourer) : chèque virement

Libellé du chèque ou virement « NOM DU VACANCIER + NOM DU SEJOUR »

Consignes de distribution (gestion libre ou accompagnée) :

.....
.....

Je soussigné,, atteste sur l'honneur avoir remis€ d'argent de poche à
HANDIVAO, pour le vacancier(e)

Au retour de son séjour, les dépenses seront justifiées par des tickets d'achats.

Fait le _____ A _____

Signature Responsable Légal

Tout argent non remis à l'agence devra être géré par le vacancier.