



1-DOSSIER D'INSCRIPTION (à remplir par le tuteur)

LE VACANCIER

Nom :
Prénom :
Date de Naissance :/...../.....
Lieu de Naissance :
Numéro de Sécurité Sociale :
Numéro de Téléphone :

LE SÉJOUR

Lieu :
Date :/...../.....
Option transport choisi Aller :
Option transport choisi Retour :
Autonomie : A / B / C
Assurance Choisie : Prix :

ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE OU FAMILLE

Type d'établissement :
Nom :
Chef de Service :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone Fixe :
Téléphone Portable :
Mail :

Où ENVOYER LES INFORMATIONS DU SÉJOUR

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

Où ENVOYER LA FICHE VÊTURE

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

TUTEUR

Nom Organisme/ Nom Prénom :
Adresse :
.....
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

QUI SERA PRÉVENU EN CAS D'URGENCE

Nom organisme / Nom Prénom :
Adresse :
.....
Code postal :
Ville :
Téléphone Portable:
Mail :

ATTESTATION DU SIGNATAIRE

Je soussigné(e) :
Qualité :
Certifie exact,
Lu et Approuvé à :
Le :/...../.....

Déclare avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Vacances d'Éden et autorise le responsable du séjour de vacances :

Après consultation d'un médecin, en cas d'urgence, à faire donner tous les soins que nécessiterait l'état de santé du vacancier et déclare qu'il n'y a pas d'interdiction médicale à suivre les activités prévues dans le descriptif du séjour.

Signature :



2-MÉDICAL / ACTIVITÉS SPORTIVES / HABITUDES DE VIE

(à remplir par l'établissement et le médecin)

LE VACANCIER

Nom : Prénom :
 Date de Naissance :/...../.....
 Taille : Poids :
 Autonomie : A / B / C
 Pathologie et nature du handicap :

1. Toilette et hygiène personnelle

Entretien personnel	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Fait sa toilette			
Se brosse les dents			
Se rase			
Se coiffe			
S'habille			
Change ses vêtements			
Change ses sous-vêtements			
Reconnaît ses vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			
	Oui	Non	Autres précisions
Hypersialorrhée			
Énurésie le jour ?			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?
Énurésie la nuit ?			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?
Encoprésie le jour ?			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?
Encoprésie la nuit ?			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?
A peur du bain			
A peur de la douche			

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles



2. Alimentation

Alimentation	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Mange			
Boit			
	Oui	Non	Autres précisions
Faut-il mixer les aliments			
Régime alimentaire			
Risque de fausse route			
Troubles alimentaires : boulimie, anorexie, etc.			

Informations complémentaires sur les goûts et habitudes alimentaires (ex : quel petit déjeuner, aliments préférés ou rejetés, prend un café après le repas, utilisation des couverts, besoin d'accessoires, etc.)

3. Nuit, sommeil, lever, coucher

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

Autres précisions et préconisations



4. Santé

Gestion et suivi du traitement médicalisé Autonome Assistance Aide totale

Fauteuil roulant :	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	En permanence <input type="radio"/>	Occasionnellement <input type="radio"/>
Déambulateur :	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	En permanence <input type="radio"/>	Occasionnellement <input type="radio"/>
Utilise une canne d'aide à la marche	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	En permanence <input type="radio"/>	Occasionnellement <input type="radio"/>
Utilise une canne blanche	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	En permanence <input type="radio"/>	Occasionnellement <input type="radio"/>
Port de lunettes correctrices	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	En permanence <input type="radio"/>	Occasionnellement <input type="radio"/>
Port de lunettes de protection	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	En permanence <input type="radio"/>	Occasionnellement <input type="radio"/>
Port de lentilles	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	En permanence <input type="radio"/>	Occasionnellement <input type="radio"/>
Port d'une prothèse dentaire amovible	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>		
Port d'une prothèse auditive	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>		
Port de chaussures orthopédiques	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>		

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

5. Habitudes de vie et comportement

Habitudes de vie / Comportement	Oui	Non
La personne vit-elle habituellement en couple		
La/le conjoint est-elle/il inscrit sur le même séjour		
Sens social avec une personne connue		
Sens social avec une personne inconnue		
Objet fétiche		
Rituels		
Goûts particuliers		
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		
Troubles obsessionnels et compulsif		
Tendance au retrait		
Consommation de boissons alcooliques		
Consommation de tabac		



Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

6. Communication

Communication	Oui	Avec correction	Non
Voit			
Entend			
	Oui	Un peu	Pas du tout
Communique par le langage verbal			
Utilisation d'une langue gestuelle (langue des signes, etc.)			
Utilisation d'une langue gestuelle tactile			
Communique par des attitudes, un gestuel ou objets à valeur de communication			
Communique par pictogrammes, dessins, photos			
Communique par cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée			
Aphasie			
Logorrhées/Itération			
	Seul	Avec une aide	Non
Écriture			
Lecture			
Lecture labiale			
Dessin			
Utilisation du téléphone			
Utilisation d'internet			
Utilisation de logiciels adaptés			
Utilisation d'une table alphabétique ou d'une tablette			
Utilisation d'outils très simplifiés ou adaptés			

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles



7. Sorties et déplacements

Sorties et déplacements	Oui	Non	Avec une préparation /Avec aide Préciser
Peut monter un escalier			
Se repère dans l'espace			
Se repère dans le temps			
Mémorise un lieu à atteindre			
Mémorise 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			
Sort seul sans accompagnement			
Sort en petit groupe sans accompagnement			

8. Gestion de l'argent personnel

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

Indiquer ci-dessous toutes informations complémentaires utiles

9. Activités sportives et loisirs

Activités sportives et loisirs	Oui	Non
Sait faire un choix parmi plusieurs activités		
Pratique régulière d'une activité sportive (préciser)		
Pratique régulière d'une activité de loisirs (préciser)		
Fatigabilité (préciser)		
Peut soutenir son attention de manière prolongée (durée d'un film, d'un spectacle)		
Sait nager		
A déjà dormi sous tente, caravane, mobile home		
Peut prendre les repas en dehors du lieu de séjour habituel		

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles



10 Fiche relative au traitement médical

Nom, Prénom : Sexe : Féminin / Masculin
Date et lieu de naissance :
Numéro de sécurité sociale :
Caisse d'affiliation :

Nom, Prénom, Adresse et Numéro du représentant légal ou de la personne à joindre en cas de nécessité :
.....

Nom, Prénom, Adresse et Numéro de téléphone du médecin traitant :
.....

Est-il joignable durant le séjour ? OUI NON
Si le médecin traitant n'est pas joignable, Nom, Prénom, Adresse et Numéro de téléphone du médecin joignable durant le séjour :
.....

Déficiência/Handicap :
Moteur Sensoriel Mental
Cognitif Psychique Poly handicap

Pathologie(s) associée(s) :
.....

1- Prise des médicaments

Tableau à remplir ou joindre la copie des ordonnances médicales au dossier d'inscription

Prescription	Matin	Midi	Soir	Coucher
Médicament 1 et doses prescrites				
Médicament 2 et doses prescrites				
Médicament 3 et doses prescrites				
Médicament 4 et doses prescrites				
Médicament 5 et doses prescrites				

2- Autres soins prescrits

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles



Autres informations :

Le vacancier gère-t-il son traitement ? OUI Avec une Aide NON

Groupe sanguin :

Vaccinations à jour :

Hépatite A : OUI NON Date du dernier rappel :
Hépatite B : OUI NON Date du dernier rappel :
Tétanos : OUI NON Date du dernier rappel :
Grippe :

Autres :

Allergies connues, aux aliments, aux médicaments, etc.

.....
.....

Asthmatique : OUI NON Si la réponse est oui, date de la dernière crise :

Épileptique : OUI NON Si la réponse est oui, date de la dernière crise :

Contre indications :

Baignade : OUI NON
Autres activités nautiques OUI NON
Autres activités sportives OUI NON
L'altitude est-elle déconseillée ? OUI NON
Une activité soutenue est-elle déconseillée ? OUI NON
Toute exposition solaire même modérée est-elle déconseillée ? OUI NON

Pour les vacancières :

Si prise d'un contraceptif, préciser lequel (médicament ou autres moyens de contraception)

.....
La vacancière gère t'elle seule la gestion de sa contraception, ou la prise du médicament

.....
Date des dernières règles : / /

Les règles sont-elles : Douloreuses Abondantes

Aménorrhées : OUI NON

Dysménorrhées : OUI NON

Le vacancier fume-t-il des produits du tabac ? OUI NON

Le vacancier consomme-t-il des boissons alcooliques ? OUI NON

A-t-il une consommation problématique d'alcool ? OUI NON

Autres recommandations médicales ou sanitaires :

Lieu, date et signatures du vacancier ou de son représentant légal et du médecin :



FICHE SOINS INFIRMIERS DURANT LE SÉJOUR

INFORMATIONS SUR LE VACANCIER

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Lieu de naissance :
Numéro de sécurité sociale :
Établissement :

INFORMATIONS SUR LES SOINS

Date de prise de contact :/...../.....
Nom du cabinet :
Nom de l'infirmier(e) :
Adresse :
.....
Numéro de téléphone :
Numéro mobile :

NATURE DES SOINS

.....
.....
.....

DATE(S) DES SOINS

Le/...../..... à H
Le/...../..... à H
Le/...../..... à H
Le/...../..... à H
Le/...../..... à H
Le/...../..... à H

PRÉCISIONS

.....
.....
.....

Nom et Prénom :

Date et Signature :



FEUILLET SANTÉ ET MÉDICATIONS



INFORMATIONS SUR LE VACANCIER

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :/...../.....
 Numéro de sécurité sociale :
 Pathologie et nature du handicap :
 Qualité / Fonction :
 Nom et Prénom :
 Numéro d'un permanent :
 Numéro de fixe et/ou portable :

TRAITEMENT ET POSOLOGIE

ORDONNANCE DU/...../.....

Nom du médicament	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SOINS OU INJECTIONS PRÉVUS

Nom du Médicament	Date	Traitement dans la valise (oui ou non)	Traitement à retirer en pharmacie (oui ou non)
...../...../.....
...../...../.....

DIABÈTE : Si le vacancier est diabétique, vous devez **impérativement** nous contacter à la rédaction du document SANTÉ ET MÉDICATIONS pour que l'on convienne ensemble du protocole à mettre en place (notamment pour le jour de départ et de retour)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

Maladie (cardiopathie, phlébite...) ayant une incidence sur le quotidien :

.....

Accident, opération (récente ou ancienne) ayant une incidence sur le quotidien :

Date : / / :
 Date : / / :
 Date : / / :



FICHE TRANSPORT

Merci de nous préciser le moyen de transport du vacancier pour le départ et le retour du séjour.
Cette fiche transport est à joindre au dossier d'inscription.
Merci de nous appeler pour les cas particuliers ou pour toute demande de transport particulière.

Le temps d'attente sur la plateforme est limité à deux heures maximum (pour les séjours de 8 jours et plus), le temps pour les vacanciers de manger avant de se rendre sur les lieux de séjours.

Merci de prévoir un pique-nique pour le trajet Aller pour tous les vacanciers pour tous les séjours (excepté pour les courts séjours de 4 et 5 jours, repas sur le lieu d'hébergement)

ALLER RETOUR

1. Pré Acheminement depuis l'établissement pour les vacanciers*

Nombre de vacanciers :

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :
.....

* Voir selon les conditions propres à chaque séjour sur le descriptif du séjour

2. Rendez-vous à proximité d'Annemasse et d'Annecy :

L'adresse de la Plateforme vous sera communiquée au plus tard 15 jours avant le départ

3. Départ depuis une des villes de départ :

VILLE DE DEPART :

Heure d'arrivée à l'aller :

Heure de départ au retour :

4. Rendez-vous directement sur le lieu de séjour

A l'aller, arrivé sur le lieu de séjour à 17h

Pour le retour, Merci de récupérer le vacancier la veille au soir, le départ ayant lieu le matin le jour du départ.

5. Rendez-vous à un pont de rendez-vous situé sur le trajet menant au lieu de séjour*

* Voir la liste des lieux propre à chaque séjour dans le descriptif du séjour