

# Bulletin d'inscription

A retourner à la Ligue de l'Enseignement de Normandie  
 5, Bd de la Dollée - 50000 SAINT LO  
 Tél : 02.33.77.42.52  
 vacances-pour-tous@laliguenormandie.org

Votre Photo

<b>Séjour choisi :</b>	
<b>1 choix :</b>	Du ..... Au .....
<b>2ème choix :</b>	Du ..... Au .....
<b>VILLE DE DEPART SOUHAITEE :</b> .....	
<b>PARTICIPANT</b>	
Nom : ..... Prénom : .....	
Né(e) le : ..... à : ..... âge : ..... Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	
Adresse : .....	
Code Postal : ..... Ville : ..... Tél : .....	
Coordonnées de l'établissement fréquenté durant l'année :	
Nom : .....	
Adresse : .....	
Code Postal : ..... Ville : ..... Tél : .....	
<b>Autonomie : (A définir selon l'outil d'évaluation en dernière page)</b>	
<input type="checkbox"/> Catégorie A <input type="checkbox"/> Catégorie B <input type="checkbox"/> Catégorie C <input type="checkbox"/> Catégorie D	
<b>REFERENT</b>	
Personne s'occupant de l'inscription :	
Nom : .....	
Adresse : .....	
Code Postal : ..... Ville : ..... Tél : .....	
<b>ADHESION ANNUELLE</b>	
La ligue de l'enseignement est une association loi 1901, l'adhésion est obligatoire pour participer aux séjours.	
<input type="checkbox"/> Je souscris à l'adhésion = 14€ (période du 01/09/2020 au 31/08/2021) <input type="checkbox"/> Je suis déjà adhérent	
<b>ASSURANCE ANNULATION OPTIONNELLE</b>	
L'assurance annulation optionnelle est fortement conseillée lors de votre inscription. Elle permet le remboursement de vos frais d'annulation dans de nombreux cas (voir conditions générales). Si vous y souscrivez, joignez obligatoirement le règlement avec la fiche d'inscription. Je souscris à l'assurance annulation optionnelle égale à 4,5% du prix total du séjour <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>	
<b>INSCRIPTION</b>	
Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de .....	
certifie, par la présente, avoir pris connaissance des conditions générales des voyages et séjours et des conditions d'application de la garantie « Annulation Optionnelle » et y souscrit dans leur intégralité. Je certifie que le participant inscrit sur le présent bulletin, est adhérent ou en cours d'adhésion. Je reconnais également disposer dans le cadre du présent contrat de voyage, des documents en ma possession, de toutes les informations précisées au titre 6 du Décret N° 94-490 du 15 juin 1994 relatives à l'organisation et à la vente de voyages ou séjours, extrait qui figure sur les documents en ma possession.	
J'autorise l'équipe d'encadrement et l'organisateur du séjour à photographier et à filmer M/Mme .....	
J'autorise la Ligue de l'Enseignement à publier dans ses brochures ou sur son site internet des photos du participant prises durant le séjour.	
Fait à : .....	
Le : .....	
<b>Signature et cachet</b>	

NOM & PRENOM DU VACANCIER: .....

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

Je soussigné(e) .....  
 Prend en charge les frais de séjour et les frais annexes de : .....  
 pour un montant de ..... € pour le compte de  l'association  la collectivité  l'organisme  autre  
 Nom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : ..... Tel : .....

Facture à adresser à :  
 Nom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : ..... Tel : .....

Règlement du séjour : Vacancier  Tiers   
 JOINDRE OBLIGATOIREMENT lors de l'inscription UN ACOMPTE DE 30% du montant total du séjour à l'ordre de la "Ligue de l'Enseignement"  
 chèque bancaire ou postal  chèque-vacance ANCV  mandat CASH  virement bancaire

**MOTRICITE, DEPLACEMENT**

- Se déplace en fauteuil roulant : Manuel Oui  Non  En permanence  Occasionnellement   
 Electrique Oui  Non  En permanence  Occasionnellement
- Se sert d'une canne : Oui  Non  En permanence  Occasionnellement
- Chaussures orthopédiques : Oui  Non  En permanence  Occasionnellement
- Peut aller seul(e) : Sur le lit  Sur les WC  Dans un véhicule
- Monte un escalier seul : Oui  Non
- Marche seul : Oui  Non  +60 mn  30 mn
- Se fatigue rapidement : Oui  Non
- Sort en petit groupe (sans animateur) : Oui  Non
- Sors seul : Oui  Non
- S'adapte à un nouvel environnement : Oui  Non
- S'y repère : Oui  Non
- Sait demander l'heure : Oui  Non
- Sait demander son chemin : Oui  Non

**HYGIENE, VIE QUOTIDIENNE**

- Fait sa toilette seul : Oui  Non  - Se couche tôt : Oui  Non
  - Mange seul : Oui  Non  - A un rituel d'endormissement : Oui  Non
  - Boit seul : Oui  Non  Précisez : .....
  - Faut-il lui mixer ses aliments : Oui  Non  - A peur de l'obscurité : Oui  Non
  - Peut boire du café : Oui  Non  - Se lève la nuit : Oui  Non
  - Peut boire du vin : Oui  Non  - A des angoisses nocturnes, des insomnies : Oui  Non
  - Boulimie : Oui  Non  - A un lever difficile : Oui  Non
  - Anorexie : Oui  Non  - Se lève tôt (avant 7 heures) : Oui  Non
  - Potomanie : Oui  Non  - Fait la sieste : Oui  Non
  - Appareil dentaire : Oui  Non  - Se douche seul : Oui  Non
  - S'habille seul : Oui  Non
  - Change ses sous-vêtements seul : Oui  Non  - Reconnaît ses vêtements : Oui  Non
  - Se rase seul : Oui  Non  - Va aux toilettes seul : Oui  Non
  - Se chausse seul : Oui  Non  - Est énéurétique : Oui  Non
- Autres remarques sur son alimentation : .....

**COMMUNICATION, RELATION, SEXUALITE**

- A-t'il des problèmes de communication : Oui  Non
- Sait-il se faire comprendre : Oui  Non  - Par l'écriture  Le langage
- Ne parle pas : Oui  Non
- Sait-il lire : Oui  Non  - Avec aide  Sans aide
- Sait-il téléphoner : Oui  Non  - Avec aide  Sans aide
- Communique par geste : Oui  Non
- Communique par cris : Oui  Non
- La relation peut-être difficile : Oui  Non
- Avec autrui (ses pairs, vacanciers, étrangers)  Avec l'autorité
- Dans quelles circonstances : .....
- La personne vit en couple : Oui  Non
- Le conjoint est-il inscrit sur le meme séjour : Oui  Non
- Comportements particuliers et/ou inadaptés : Oui  Non

### SANTE & TROUBLE DU COMPORTEMENT

- Surdité : Totale <input type="checkbox"/>	Partielle <input type="checkbox"/>	-Appareil auditif : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- Problème de vue : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		-Cécité totale <input type="checkbox"/>
- Appareil oculaire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Porte des lunettes : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		-Porte des lentilles : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- A un traitement médical : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		-Prend son traitement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- Utilise un moyen de contraception : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Précisez : .....		
- Diabétique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Epilepsie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Occasionnelle <input type="checkbox"/>	Stabilisée <input type="checkbox"/> Fréquente <input type="checkbox"/>
- A-t'il des injections : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Combien par jour.....		
- Asthmatique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Fréquence des crise : .....		
- Gère seul : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Suit un régime : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
(Si oui, joindre une ordonnance précisant la nature du régime)		
- Cardiopathe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Le participant est-il sujet aux allergies : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Précisez : .....		
- Fume habituellement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Précisez la quantité/jour : .....		
- Consomme des boissons alcoolisées : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Précisez la quantité/jour : .....		
- La consommation d'alcool lui est-elle interdite : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Utilise des produits toxiques (drogues) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Précisez la quantité/jour : .....		
- Poids : ..... Taille : .....		- Automutilation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- Phobie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Précisez : : .....		
- A-t'il tendance à fuguer : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		- Est-il dépressif : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### ACTIVITES & LOISIRS

- Choisit une activité parmi plusieurs : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Peut soutenir une attention de façon prolongée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Sait nager : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	- Baignade autorisée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
- Sait faire du vélo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	- A d�j � dormi sous tente: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
- Pratique régulièrement un sport : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

### DIVERS

- Vit en appartement? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	- vit en institutions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- En famille? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
- Autres : .....	
- Gère seul son argent? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
- Connaît la valeur de l'argent? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	- Sait faire un achat simple? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- A besoin en permanence d'un objet? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Le jour <input type="checkbox"/> La nuit <input type="checkbox"/>

Précisez lequel : .....

Autres informations qui pourraient nous être utiles pour mieux accueillir le participant : .....

.....

.....

### INFORMATIONS SUR LA VIE QUOTIDIENNE

Afin de connaître plus rapidement le vacancier, les « petites habitudes » sont importantes à connaître :

- le réveil : .....

- composition du petit déjeuner : .....

- la toilette : .....

- le coucher : .....

**INFORMATIONS DIVERSES** : Préciser ce que vous jugez utile, afin de permettre à l'équipe de mieux comprendre le vacancier : ce qu'il aime, son sommeil, ses repos, les  v nements importants survenus dans la famille, son comportement en collectivité (relations, ...) : .....

.....

.....

.....

.....

## AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné(e) .....  
 agissant en qualité de .....  
 autorise le responsable du séjour à faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anes-  
 thésie générale, suivant les prescriptions des médecins pour la personne de .....

Fait à ..... Le ..... Signature: .....

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'urgence:

Nom: ..... Prénom: ..... Qualité: .....

Adresse : ..... Téléphone (portable si possible) : .....

Coordonnées du médecin Traitant:

Nom et Prénom: .....

Adresse: ..... Téléphone: .....

## GRILLE D'EVALUATION

Pour évaluer le niveau d'autonomie des vacanciers et choisir un séjour adapté,  
 utilisez l'outil d'évaluation mis en place par le CNLTA.

La constitution de groupes homogènes est l'un des facteurs essentiels au bon déroulement de chacun  
 des séjours.

AUTONOMIE	PHYSIQUE	COMPORTEMENT	COMMUNICATION VERBALE
<b>A</b> Bonne autonomie : sociable, dynamique, participe, ... Présence discrète de l'encadrement.	<b>1</b> Pas de problèmes moteurs. Bon marcheur	<b>1</b> Comportement sociable, ne laissant pas apparaître de problèmes particulier.	<b>1</b> Possédant le langage.
<b>B</b> Autonomie relative. Nécessité d'intervenir dans différents domaines (prise de médicaments, argent de poche, activités, ...) Juste à stimuler dans les actes de la vie courante (toilette, habillement). Accompagnement actif.	<b>2</b> Pas de problèmes moteurs. Se déplace sans difficultés pour de petites « promenades ». « fatigable ».	<b>2</b> Comportement ritualisé repérable, instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger, mais pouvant avoir des périodes de grande angoisse et de retrait.	<b>2</b> Compréhension générale, mais langage pauvre.
<b>C</b> Pas autonome. Aide effective dans les actes de la vie quotidienne. Encadrement constant.	<b>3</b> Problèmes moteurs. Marche avec l'aide « ponctuelle » d'un tiers, d'un appareillage particulier ou d'un fauteuil.	<b>3</b> Comportement instable et atypique. Périodes de grandes angoisses par crises. Risques d'automutilation et/ ou d'agression.	<b>3</b> Verbalisation inexistante. Mode de communication très complexe.
<b>D</b> Prise en charge très importante, rapprochée et permanente, nécessitant des locaux et matériels appropriés.	<b>4</b> Personne ne sortant pas ou peu de son fauteuil. Dépendant d'une tierce personne.		