

➔ Dossier d'inscription

Dossier administratif

Cadre réservé au service

Les inscriptions sont prises par ordre d'arrivée des dossiers. Nous faire parvenir le dossier d'inscription le plus rapidement possible et avant le 05 mai 2023
Remplissez et renvoyez les 2 exemplaires du dossier d'inscription composé des 3 parties : « Dossier administratif », « Dossier de santé », « Renseignements de la personne »

➔ Acompte et règlements :

➔ Vous envoyez le « dossier d'inscription » soit à la Fédération APAJH, soit à l'association départementale APAJH indiquée dans la présentation du séjour accompagné d'un acompte de 300 €

➔ Le service Vacances vous confirme la possibilité et les places disponibles sur le séjour choisi.

➔ **Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum un mois avant le séjour (Sauf accord écrit de prise en charge)**
Aucune inscription ou réservation ne pourra être faite par téléphone.

Etes-vous adhérent APAJH ? Oui Non

Si non, contacter la Fédération APAJH ou l'association départementale APAJH selon le séjour choisi pour connaître le montant de la cotisation annuelle.

Souhaitez-vous prendre l'assurance-annulation ? (4% du prix du séjour) Oui Non

Bénéficiez-vous d'une aide d'un cofinancier ? Oui Non

Si oui, laquelle ? Du CGOS
 Du CCE de la BNP
 Du CCE du Crédit Lyonnais
 Du CCE de la Caisse d'Epargne
 De l'APAS

➔ Autre : lequel ? _____

Précisez au besoin votre n° d'adhérent : _____

➔ Renseignements administratifs vacancier :

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : Femme Homme

Date et lieu de naissance :

____ / ____ / ____ à : _____

Département ou pays :

N° de sécurité sociale : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Lieu et adresse de résidence habituelle

Adresse(s), téléphone(s), mail(s) : _____

Établissement(s) fréquenté(s) :

Aucun SAVS FH FO ESAT
 CAJ MAS FAM
 Autre – Précisez :

Adresse(s), téléphone(s), adresse(s) électronique(s) :

➔ Contact(s) :

Personne (-s) à contacter en cas d'urgence (nom, lien de parentalité/fonction, téléphone, adresse électronique)
PAR ORDRE DE PRIORITÉ

Nom, prénom, lien de parentalité / fonction, adresse complète et téléphone, adresse électronique :

→ _____

Tél : _____

Mail : _____

→ _____

Tél : _____

Mail : _____

→ _____

Tél : _____

Mail : _____

Cadre réservé au service

➤ Séjour(s) vacances et adresse(s) d'expédition :

Séjour(s) souhaité(s)	Dates (à préciser)	Service organisateur	Transport collectif - Ville de départ : Paris ou Marseille (si proposé dans la fiche du séjour)

(Sous réserve d'affectation par le service Vacances-Loisirs organisateur)

	Nom et Prénom	Lien de parentalité / Fonction	Adresse complète	Téléphone	Adresse électronique
Personne chargée de l'inscription					
Où expédier les convocations et horaires de départ					
Où expédier la facture					

➤ Pour les personnes majeures sous tutelle ou les mineurs

Je soussigné(e) : _____
Né(e) le : _____
Domicilié(e) : _____
Agissant en qualité de : _____

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Vacances APAJH.

Joint au présent dossier administratif d'inscription, le dossier médical attestant qu'il n'y a pas d'interdiction médicale pour l'enfant ou l'adulte à être admis dans le séjour de vacances choisi.

Certifie être informé que le traitement auquel est soumis la personne lui sera administré, suivant les prescriptions de l'ordonnance médicale remise le jour du départ, sous l'autorité du responsable de séjour.

A cette fin, je certifie remettre au responsable de séjour les prescriptions médicales nécessaires.

Certifie être informé, qu'en en cas d'urgence, le responsable de séjour pourra être amené, si l'état de santé de la personne l'exige, à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'administration d'actes de soins.

En qualité de tuteur, mon consentement devra être recueilli pour tous les actes ne revêtant pas un caractère d'urgence. Pour les actes urgents, le responsable de séjour devra m'informer le plus rapidement possible.

Dans tous les cas, le consentement de la personne majeure devra systématiquement être recherché après qu'il ait pu recevoir une information claire et adaptée à son degré de compréhension.

Seuls les actes à but thérapeutique urgent pourront être pris sans mon consentement et sans le consentement de la personne majeure si celle-ci n'a pu être trouvée.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable de séjour.

Certifie exact, lu et approuvé

A _____, le _____

Signature :

➤ Autorisation de prise et de diffusion de photographie(s) et de vidéo(s)

Je, soussigné : _____
Nom : _____
Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Agissant en qualité de représentant légal de :
 Nom : _____
 Prénom : _____

Autorise (rayez les mentions inutiles) :

- La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me ou le représentant.
- La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) me ou le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient.

Dans le strict respect des valeurs de citoyenneté et de dignité défendues par la Fédération APAJH

Fait à : _____, le : _____

(Signature)

➔ Dossier d'inscription

Dossier de santé

Dossier à caractère confidentiel

À retourner avec le dossier administratif

Pour chaque inscription, remplissez le dossier d'inscription et le dossier de santé en 2 exemplaires ci-joints.

Nom du vacancier : _____

Date de naissance : _____ Poids : _____ Taille : _____

➔ Renseignements médicaux

Nomination de la pathologie : _____

Description aussi précise que possible du handicap : _____

État de santé général : _____

→ Examen

→ Cardiaque : _____

→ Pulmonaire : _____

→ Digestif : _____

→ Uro-génital : _____

→ Troubles divers

Troubles de la vue : Oui Non

Troubles de l'ouïe : Oui Non

Troubles caractériels : Oui Non

Troubles de la parole : Oui Non

Enurésie : Oui Non

Encoprésie : Oui Non

Ethylisme : Oui Non

Asthme : Oui Non

Y-a-t-il des problèmes Oui Non

→ de transit / fécalome Oui Non

(joindre l'ordonnance du laxatif habituellement prescrit)

→ d'épisode de sub-occlusion Oui Non

→ d'épisode d'occlusion Oui Non

Est-il sujet à des crises comitiales ? Oui Non

Manifestation habituelle : _____

Fréquence : _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux : _____

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre : _____

Pour les jeunes filles ou femmes, est-elle réglée ? : Oui Non

Sont-elles douloureuses ? Oui Non

Utilisation d'un moyen contraceptif : Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire ? _____

Lequel ? _____

Les prescriptions : _____

La nourriture doit-elle être mixée ? Oui Non

Pré-hachée ? Oui Non

Tous les vaccins sont-ils à jour ? Oui Non

Est-il fumeur ? Oui Non

La baignade est-elle autorisée ? Oui Non

Sait-il nager ? Oui Non



☛ Traitement

Le vacancier est-il soumis à un traitement pendant le séjour ?
(Si oui, l'ordonnance récente devra être jointe le jour du départ) Oui Non

Le vacancier prend-il ses médicaments, seul ? Oui Non

Le vacancier a-t-il des soins infirmiers réguliers :
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance) Oui Non

Le vacancier a-t-il des soins de kiné :
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance) Oui Non

☛ Matériel

Porte-t-il un matériel spécifique ? Si oui, lequel : Oui Non

Utilise-t-il un lit médicalisé ?* Oui Non

A-t-il besoin d'un matelas anti-escarres ?* Oui Non

Utilise-t-il un lève personne ?* Oui Non

A-t-il besoin d'une contention ?* Oui Non

Matériel utilisé pour la contention, (le joindre si un matériel spécifique est utilisé) :

*** si oui, joindre l'ordonnance**

Remettre obligatoirement au moment du départ les semainiers pour la durée du séjour avec les médicaments en quantité suffisante au directeur ou à son représentant, **l'ordonnance médicale, la photocopie du carnet de vaccination** et éventuellement les prescriptions pour le régime alimentaire.



☛ Contre-indications

Allergies connues : → Alimentaires :

→ Médicamenteuses :

Sportives :

Baignade :

Divers :

.....

.....

☛ COVID-19 :

Avez-vous un schéma vaccinal complet ? Oui Non

Avez-vous une attestation pour une contre indication médical Oui Non

Avez-vous une attestation médicale pour le non port du masque Oui Non

Les attestations seront à remettre avec le pillulier pour la durée du séjour.

Certificat d'admission en séjour de vacances

Je soussigné, Docteur

certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical,

certifie que, Madame, Monsieur

peut être admis dans le séjour de vacances choisi.

A, le

Signature et cachet du médecin :



➤ Dossier d'inscription

Renseignements de la personne

PHOTO
D'IDENTITÉ
OBLIGATOIRE

Ce dossier est à compléter par vous-même qui partez en séjour, votre famille, votre tuteur et/ou les professionnels qui vous accompagnent.

Nous vous demandons d'apporter un soin particulier à sa rédaction. Ces renseignements permettront à l'équipe éducative de connaître au plus près vos besoins et de contribuer à votre accueil.

Nom :

Prénom(s) :

➤ Votre niveau d'autonomie :

- Bonne autonomie : Vous êtes dynamique, la présence de l'encadrement est discrète.
- Peu d'autonomie : Vous avez besoin d'une aide effective dans les actes de la vie quotidienne et d'un encadrement ponctuel.
- Dépendance très importante : Vous avez besoin d'un encadrement rapproché et permanent, nécessitant des locaux et matériels appropriés.

➤ Vos déplacements :

- Vous êtes un bon marcheur
- Vous montez des escaliers sans difficulté
- Vous êtes fatigable à la marche
- Vous marchez avec l'aide d'un tiers ou d'un matériel adapté
Si oui, répondez aux questions suivantes :
 - ➔ Avez-vous besoin d'un déambulateur ou de béquille pour vous déplacer ? Oui Non

- ➔ Avez-vous un fauteuil roulant manuel ?
 - De manière permanente
 - Pour vos déplacements extérieurs
- ➔ Avez-vous un fauteuil roulant électrique ? Oui Non
- ➔ Y-a-t-il des restrictions à rester en position assise ?
 - Oui Non
- Si oui : nombre d'heure maximum :
 - ➔ Portez-vous ou utilisez vous d'autres matériels (chaussures orthopédiques, attelles...etc.) ?
 - Oui Non
 - Au besoin, les fournir pour la durée du séjour
 - ➔ Avez-vous besoin de marcher quelques minutes dans la journée ? Oui Non

- ➔ Etes-vous capable de faire vos transferts (fauteuil > lit et fauteuil > toilettes) Seul(e) Avec de l'aide

Si besoin d'un lève personne, fournir une ordonnance.

- ➔ Que vous vous déplaçiez en fauteuil simple ou en fauteuil avec coque adaptée, pouvez-vous voyager en dehors de votre appareillage ? Oui Non

Si oui, combien de temps ?

➤ Vos modes d'expression et de communication :

- Bonne communication : vous vous exprimez sans difficulté et possédez une bonne compréhension générale des sujets dont on parle
- Compréhension générale mais langage pauvre : vous avez quelques difficultés à vous exprimer
- Capacité à se faire comprendre par une communication non verbale
Décrivez-nous les gestes principaux et leurs significations et au besoin, fournissez les supports (ex : pictogrammes)
- Mode de communication très complexe et verbalisation inexistante
Savez-vous : Lire ? Écrire ?

- Avez-vous des difficultés auditives ? Oui Non
- ➔ Si oui, portez-vous :
 - Un appareil auditif ?

- un autre appareil (ex : casque filtrant)

Avez-vous des difficultés visuelles ? Oui Non

- ➔ Si oui,
 - Portez-vous des lunettes ?
 - Etes-vous malvoyant ou non-voyant ?

Commentaires éventuels :
.....
.....

➤ Vos habitudes de vie :

Alimentation / Goûts alimentaires
De manière générale, qu'est-ce que vous aimez/n'aimez pas ?
.....
.....

Que prenez-vous au petit-déjeuner ?
.....
.....

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?

Oui Non

Si oui, joindre la prescription médicale ou le protocole.

Portez-vous une prothèse dentaire ? Oui Non
 Inférieure
 Supérieure

Avez-vous besoin que votre nourriture soit mixée ? Oui Non

Avez-vous besoin que votre nourriture soit hachée ? Oui Non

Avez-vous besoin d'aide pour manger ? Oui Non
Si oui, fournir au besoin vos couverts adaptés

Avez-vous besoin d'aide pour boire ? Oui Non
Si oui, fournir au besoin le verre spécifique

Consommez-vous de l'eau gélifiée ? Oui Non
Si oui, fournir l'eau gélifiée pour la durée du séjour

➔ Hygiène

Avez-vous besoin d'une prise en charge totale ? :
 Oui Non

Avez-vous besoin d'aide :
Pour vous laver ? Oui Non
Pour vous habiller ? Oui Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :
Avez-vous besoin :

- D'une chaise pour prendre votre douche
- D'un lit-douche pour prendre votre douche
- D'aide pour aller aux toilettes

→ Portez-vous des protections ?
 Le jour La nuit

Si vous êtes un homme, vous rasez-vous tout seul ?
 À l'aide d'un rasoir électrique
 À l'aide d'un rasoir mécanique

Portez-vous des prothèses autres que dentaires et auditives, nécessitant une attention lors des soins d'hygiène ?
 Oui Non

Si oui, quel type de prothèse et quel protocole à suivre ?

➔ Sommeil

Dormez-vous bien ? Oui Non

Faites-vous une sieste en journée ? Oui Non
Avez-vous des difficultés pour vous endormir ? Oui Non
Vous réveillez-vous la nuit ? Oui Non
Avez-vous besoin d'être réveillé(-e) la nuit pour aller aux toilettes ? Oui Non

Quelles sont vos habitudes au moment d'aller dormir ?

➔ Vos habitudes de vie :

➔ Généralités

Etes-vous fumeur(-se) ? Oui Non
Si oui, quelle est votre consommation de tabac ?

→ Par jour : _____

→ Par semaine : _____

→ Gérez-vous seul(-e) votre consommation de tabac ?
 Oui Non

De manière occasionnelle, consommez-vous de l'alcool ?

Oui Non
(Sauf contre-indication et incompatibilité médicale)

Gérez-vous seul(-e) votre argent de poche ? Oui Non

➔ Loisirs

Quelles sont les activités que vous appréciez ?

→ Dans votre quotidien :

Activités manuelles :

Activités sportives :

→ Pendant vos vacances :

Activités manuelles :

Activités sportives :

Savez-vous nager ? Oui Non

Etes-vous autorisé (-e) à la baignade ? Oui Non

Pouvez-vous pratiquer des activités nautiques ? Oui Non

Savez-vous faire du vélo ? Oui Non

Avez-vous peur des animaux ? Oui Non

Si oui, lesquels :

De manière générale, comment occupez-vous votre temps libre ?

➔ Courrier(s) / Téléphone

Posséderez-vous un téléphone portable au cours du séjour ?
 Oui Non

A qui souhaitez-vous écrire ou téléphoner au cours du séjour ?

Noms, prénoms, Lien de parentalité / d'amitié, Adresse complète et téléphone :

→ _____

→ _____

➔ Relation à l'autre

Comportement sociable ouvert: vous n'avez pas de difficulté à lier connaissance

Comportement ritualisé repérable : vous pouvez être instable dans votre mode de relation, vous ne vous mettez pas en danger mais pouvez avoir des périodes de grandes angoisses et de retrait

Comportement instable et atypique : vous pouvez connaître de grandes angoisses par crises, avec risque d'automutilation et/ou d'agression

Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers les autres ? Oui Non

Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il (agressions, verbales, physiques, gestuelles, comportements déviants, autres) ?

Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers vous-même ? Oui Non

Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il (mutilations, crises d'angoisse, autres) ?

Vous arrive-t-il de partir sans prévenir (risques de fugue) ?
 Oui Non

Précisez tout commentaire ou remarque que vous jugerez utile dans un rapport écrit à joindre au présent dossier.

➔ Dossier d'inscription

Dossier administratif

Cadre réservé au service

Les inscriptions sont prises par ordre d'arrivée des dossiers. Nous faire parvenir le dossier d'inscription le plus rapidement possible et avant le 05 mai 2023
Remplissez et renvoyez les 2 exemplaires du dossier d'inscription composé des 3 parties : « Dossier administratif », « Dossier de santé », « Renseignements de la personne »

➔ Acompte et règlements :

➔ Vous envoyez le « dossier d'inscription » soit à la Fédération APAJH, soit à l'association départementale APAJH indiquée dans la présentation du séjour accompagné d'un acompte de 300 €

➔ Le service Vacances vous confirme la possibilité et les places disponibles sur le séjour choisi.

➔ **Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum un mois avant le séjour (Sauf accord écrit de prise en charge)**
Aucune inscription ou réservation ne pourra être faite par téléphone.

Etes-vous adhérent APAJH ? Oui Non

Si non, contacter la Fédération APAJH ou l'association départementale APAJH selon le séjour choisi pour connaître le montant de la cotisation annuelle.

Souhaitez-vous prendre l'assurance-annulation ? (4% du prix du séjour) Oui Non

Bénéficiez-vous d'une aide d'un cofinancier ? Oui Non

Si oui, laquelle ? Du CGOS
 Du CCE de la BNP
 Du CCE du Crédit Lyonnais
 Du CCE de la Caisse d'Epargne
 De l'APAS

➔ Autre : lequel ? _____

Précisez au besoin votre n° d'adhérent : _____

➔ Renseignements administratifs vacancier :

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : Femme Homme

Date et lieu de naissance :
____ / ____ / ____ à : _____

Département ou pays :

N° de sécurité sociale : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Lieu et adresse de résidence habituelle
Adresse(s), téléphone(s), mail(s) : _____

Établissement(s) fréquenté(s) :
 Aucun SAVS FH FO ESAT
 CAJ MAS FAM
 Autre - Précisez :

Adresse(s), téléphone(s), adresse(s) électronique(s) :

➔ Contact(s) :

Personne (-s) à contacter en cas d'urgence (nom, lien de parentalité/fonction, téléphone, adresse électronique)
PAR ORDRE DE PRIORITÉ

Nom, prénom, lien de parentalité / fonction, adresse complète et téléphone, adresse électronique :

→ _____

Tél : _____

Mail : _____

→ _____

Tél : _____

Mail : _____

→ _____

Tél : _____

Mail : _____

Cadre réservé au service

➤ Séjour(s) vacances et adresse(s) d'expédition :

Séjour(s) souhaité(s)	Dates (à préciser)	Service organisateur	Transport collectif - Ville de départ : Paris ou Marseille (si proposé dans la fiche du séjour)

(Sous réserve d'affectation par le service Vacances-Loisirs organisateur)

	Nom et Prénom	Lien de parentalité / Fonction	Adresse complète	Téléphone	Adresse électronique
Personne chargée de l'inscription					
Où expédier les convocations et horaires de départ					
Où expédier la facture					

➤ Pour les personnes majeures sous tutelle ou les mineurs

Je soussigné(e) : _____
Né(e) le : _____
Domicilié(e) : _____
Agissant en qualité de : _____

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Vacances APAJH.

Joint au présent dossier administratif d'inscription, le dossier médical attestant qu'il n'y a pas d'interdiction médicale pour l'enfant ou l'adulte à être admis dans le séjour de vacances choisi.

Certifie être informé que le traitement auquel est soumis la personne lui sera administré, suivant les prescriptions de l'ordonnance médicale remise le jour du départ, sous l'autorité du responsable de séjour.

A cette fin, je certifie remettre au responsable de séjour les prescriptions médicales nécessaires.

Certifie être informé, qu'en en cas d'urgence, le responsable de séjour pourra être amené, si l'état de santé de la personne l'exige, à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'administration d'actes de soins.

En qualité de tuteur, mon consentement devra être recueilli pour tous les actes ne revêtant pas un caractère d'urgence. Pour les actes urgents, le responsable de séjour devra m'informer le plus rapidement possible.

Dans tous les cas, le consentement de la personne majeure devra systématiquement être recherché après qu'il ait pu recevoir une information claire et adaptée à son degré de compréhension.

Seuls les actes à but thérapeutique urgent pourront être pris sans mon consentement et sans le consentement de la personne majeure si celle-ci n'a pu être trouvée.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable de séjour.

Certifie exact, lu et approuvé

A _____, le _____

Signature :

➤ Autorisation de prise et de diffusion de photographie(s) et de vidéo(s)

Je, soussigné : _____
Nom : _____
Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Agissant en qualité de représentant légal de :
 Nom : _____
 Prénom : _____

Autorise (rayez les mentions inutiles) :

- La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me ou le représentant.
- La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) me ou le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient.

Dans le strict respect des valeurs de citoyenneté et de dignité défendues par la Fédération APAJH

Fait à : _____, le : _____

(Signature)

Dossier d'inscription

Dossier de santé

Dossier à caractère confidentiel

À retourner avec le dossier administratif

Pour chaque inscription, remplissez le dossier d'inscription et le dossier de santé en 2 exemplaires ci-joints.

Nom du vacancier : _____

Date de naissance : _____ Poids : _____ Taille : _____

Renseignements médicaux

Nomination de la pathologie : _____

Description aussi précise que possible du handicap : _____

État de santé général : _____

→ Examen

→ Cardiaque : _____

→ Pulmonaire : _____

→ Digestif : _____

→ Uro-génital : _____

→ Troubles divers

Troubles de la vue : Oui Non

Troubles de l'ouïe : Oui Non

Troubles caractériels : Oui Non

Troubles de la parole : Oui Non

Enurésie : Oui Non

Encoprésie : Oui Non

Ethylisme : Oui Non

Asthme : Oui Non

Y-a-t-il des problèmes Oui Non

→ de transit / fécalome Oui Non

(joindre l'ordonnance du laxatif habituellement prescrit)

→ d'épisode de sub-occlusion Oui Non

→ d'épisode d'occlusion Oui Non

Est-il sujet à des crises comitiales ? Oui Non

Manifestation habituelle : _____

Fréquence : _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux : _____

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre : _____

Pour les jeunes filles ou femmes, est-elle réglée ? : Oui Non

Sont-elles douloureuses ? Oui Non

Utilisation d'un moyen contraceptif : Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire ? _____

Lequel ? _____

Les prescriptions : _____

La nourriture doit-elle être mixée ? Oui Non

Pré-hachée ? Oui Non

Tous les vaccins sont-ils à jour ? Oui Non

Est-il fumeur ? Oui Non

La baignade est-elle autorisée ? Oui Non

Sait-il nager ? Oui Non



➤ Traitement

Le vacancier est-il soumis à un traitement pendant le séjour ?
(Si oui, l'ordonnance récente devra être jointe le jour du départ) Oui Non

Le vacancier prend-il ses médicaments, seul ? Oui Non

Le vacancier a-t-il des soins infirmiers réguliers :
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance) Oui Non

Le vacancier a-t-il des soins de kiné :
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance) Oui Non

➤ Matériel

Porte-t-il un matériel spécifique ? Si oui, lequel : Oui Non

Utilise-t-il un lit médicalisé ?* Oui Non

A-t-il besoin d'un matelas anti-escarres ?* Oui Non

Utilise-t-il un lève personne ?* Oui Non

A-t-il besoin d'une contention ?* Oui Non

Matériel utilisé pour la contention, (le joindre si un matériel spécifique est utilisé) :

*** si oui, joindre l'ordonnance**

Remettre obligatoirement au moment du départ les semainiers pour la durée du séjour avec les médicaments en quantité suffisante au directeur ou à son représentant, **l'ordonnance médicale, la photocopie du carnet de vaccination** et éventuellement les prescriptions pour le régime alimentaire.



➤ Contre-indications

Allergies connues : → Alimentaires :

→ Médicamenteuses :

Sportives :

Baignade :

Divers :

.....

.....

➤ COVID-19 :

Avez-vous un schéma vaccinal complet ? Oui Non

Avez-vous une attestation pour une contre indication médical Oui Non

Avez-vous une attestation médicale pour le non port du masque Oui Non

Les attestations seront à remettre avec le pillulier pour la durée du séjour.

Certificat d'admission en séjour de vacances

Je soussigné, Docteur

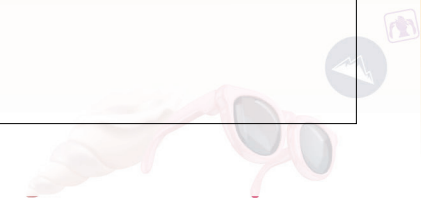
certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical,

certifie que, Madame, Monsieur

peut être admis dans le séjour de vacances choisi.

A, le

Signature et cachet du médecin :



➤ Dossier d'inscription

Renseignements de la personne

PHOTO
D'IDENTITÉ
OBLIGATOIRE

Ce dossier est à compléter par vous-même qui partez en séjour, votre famille, votre tuteur et/ou les professionnels qui vous accompagnent.

Nous vous demandons d'apporter un soin particulier à sa rédaction. Ces renseignements permettront à l'équipe éducative de connaître au plus près vos besoins et de contribuer à votre accueil.

Nom :

Prénom(s) :

➤ Votre niveau d'autonomie :

- Bonne autonomie : Vous êtes dynamique, la présence de l'encadrement est discrète.
- Peu d'autonomie : Vous avez besoin d'une aide effective dans les actes de la vie quotidienne et d'un encadrement ponctuel.
- Dépendance très importante : Vous avez besoin d'un encadrement rapproché et permanent, nécessitant des locaux et matériels appropriés.

➤ Vos déplacements :

- Vous êtes un bon marcheur
- Vous montez des escaliers sans difficulté
- Vous êtes fatigable à la marche
- Vous marchez avec l'aide d'un tiers ou d'un matériel adapté
Si oui, répondez aux questions suivantes :
 - ➔ Avez-vous besoin d'un déambulateur ou de béquille pour vous déplacer ? Oui Non

- ➔ Avez-vous un fauteuil roulant manuel ?
 - De manière permanente
 - Pour vos déplacements extérieurs
- ➔ Avez-vous un fauteuil roulant électrique ? Oui Non
- ➔ Y-a-t-il des restrictions à rester en position assise ? Oui Non
- Si oui : nombre d'heure maximum :
 - ➔ Portez-vous ou utilisez vous d'autres matériels (chaussures orthopédiques, attelles...etc.) ? Oui Non
 - Au besoin, les fournir pour la durée du séjour
 - ➔ Avez-vous besoin de marcher quelques minutes dans la journée ? Oui Non

- ➔ Etes-vous capable de faire vos transferts (fauteuil > lit et fauteuil > toilettes) Seul(e) Avec de l'aide

Si besoin d'un lève personne, fournir une ordonnance.

- ➔ Que vous vous déplaçiez en fauteuil simple ou en fauteuil avec coque adaptée, pouvez-vous voyager en dehors de votre appareillage ? Oui Non

Si oui, combien de temps ?

➤ Vos modes d'expression et de communication :

- Bonne communication : vous vous exprimez sans difficulté et possédez une bonne compréhension générale des sujets dont on parle
- Compréhension générale mais langage pauvre : vous avez quelques difficultés à vous exprimer
- Capacité à se faire comprendre par une communication non verbale
Décrivez-nous les gestes principaux et leurs significations et au besoin, fournissez les supports (ex : pictogrammes)
- Mode de communication très complexe et verbalisation inexistante
Savez-vous : Lire ? Écrire ?

- Avez-vous des difficultés auditives ? Oui Non
- ➔ Si oui, portez-vous :
 - Un appareil auditif ?

- un autre appareil (ex : casque filtrant)

Avez-vous des difficultés visuelles ? Oui Non

- ➔ Si oui,
 - Portez-vous des lunettes ?
 - Etes-vous malvoyant ou non-voyant ?

Commentaires éventuels :
.....
.....

➤ Vos habitudes de vie :

Alimentation / Goûts alimentaires
De manière générale, qu'est-ce que vous aimez/n'aimez pas ?
.....
.....

Que prenez-vous au petit-déjeuner ?
.....
.....

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?

Oui Non

Si oui, joindre la prescription médicale ou le protocole.

Portez-vous une prothèse dentaire ? Oui Non
 Inférieure
 Supérieure

Avez-vous besoin que votre nourriture soit mixée ? Oui Non

Avez-vous besoin que votre nourriture soit hachée ? Oui Non

Avez-vous besoin d'aide pour manger ? Oui Non
Si oui, fournir au besoin vos couverts adaptés

Avez-vous besoin d'aide pour boire ? Oui Non
Si oui, fournir au besoin le verre spécifique

Consommez-vous de l'eau gélifiée ? Oui Non
Si oui, fournir l'eau gélifiée pour la durée du séjour

➤ Hygiène

Avez-vous besoin d'une prise en charge totale ? :
 Oui Non

Avez-vous besoin d'aide :
Pour vous laver ? Oui Non
Pour vous habiller ? Oui Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :
Avez-vous besoin :

- D'une chaise pour prendre votre douche
- D'un lit-douche pour prendre votre douche
- D'aide pour aller aux toilettes

→ Portez-vous des protections ?
 Le jour La nuit

Si vous êtes un homme, vous rasez-vous tout seul ?
 À l'aide d'un rasoir électrique
 À l'aide d'un rasoir mécanique

Portez-vous des prothèses autres que dentaires et auditives, nécessitant une attention lors des soins d'hygiène ?
 Oui Non

Si oui, quel type de prothèse et quel protocole à suivre ?

➤ Sommeil

Dormez-vous bien ? Oui Non

Faites-vous une sieste en journée ? Oui Non
Avez-vous des difficultés pour vous endormir ? Oui Non
Vous réveillez-vous la nuit ? Oui Non
Avez-vous besoin d'être réveillé(-e) la nuit pour aller aux toilettes ? Oui Non

Quelles sont vos habitudes au moment d'aller dormir ?

➤ Vos habitudes de vie :

➤ Généralités

Etes-vous fumeur(-se) ? Oui Non
Si oui, quelle est votre consommation de tabac ?

→ Par jour : _____

→ Par semaine : _____

→ Gérez-vous seul(-e) votre consommation de tabac ?
 Oui Non

De manière occasionnelle, consommez-vous de l'alcool ?

Oui Non
(Sauf contre-indication et incompatibilité médicale)

Gérez-vous seul(-e) votre argent de poche ? Oui Non

➤ Loisirs

Quelles sont les activités que vous appréciez ?

→ Dans votre quotidien :

Activités manuelles :

Activités sportives :

→ Pendant vos vacances :

Activités manuelles :

Activités sportives :

Savez-vous nager ? Oui Non

Etes-vous autorisé (-e) à la baignade ? Oui Non

Pouvez-vous pratiquer des activités nautiques ? Oui Non

Savez-vous faire du vélo ? Oui Non

Avez-vous peur des animaux ? Oui Non

Si oui, lesquels :

De manière générale, comment occupez-vous votre temps libre ?

➤ Courrier(s) / Téléphone

Possédez-vous un téléphone portable au cours du séjour ?
 Oui Non

A qui souhaitez-vous écrire ou téléphoner au cours du séjour ?

Noms, prénoms, Lien de parentalité / d'amitié, Adresse complète et téléphone :

→ _____

→ _____

➤ Relation à l'autre

Comportement sociable ouvert: vous n'avez pas de difficulté à lier connaissance

Comportement ritualisé repérable : vous pouvez être instable dans votre mode de relation, vous ne vous mettez pas en danger mais pouvez avoir des périodes de grandes angoisses et de retrait

Comportement instable et atypique : vous pouvez connaître de grandes angoisses par crises, avec risque d'automutilation et/ou d'agression

Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers les autres ? Oui Non

Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il (agressions, verbales, physiques, gestuelles, comportements déviants, autres) ?

Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers vous-même ? Oui Non

Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il (mutilations, crises d'angoisse, autres) ?

Vous arrive-t-il de partir sans prévenir (risques de fugue) ?
 Oui Non

Précisez tout commentaire ou remarque que vous jugerez utile dans un rapport écrit à joindre au présent dossier.



Service Accompagnement Loisirs

Tour Maine Montparnasse
33, avenue du Maine 29^e étage
Boîte aux lettres n°35
75755 Paris Cedex 15

01 44 10 23 40
vacances@apajh.asso.fr

www.handicap-vacances.org

 **APAJH**
Vacances adaptées