

VACANCES, SEJOURS SPORTIFS ET PELERINAGES

Exemplaire à renvoyer complètement rempli à Altéo (ex ACIH-AAM) de votre régionale

Bulletin d'inscription

Aucune inscription ni réservation par téléphone. L'inscription deviendra définitive à la réception de la lettre de confirmation de notre part. **Veillez écrire en noir et en imprimé, s.v.p.**

Séjour à : du : au :

Participe au séjour précédent et est déjà sur place : oui non

Nom :
Prénom : Homme / Femme
Nom de jeune fille :
Adresse courrier. Si différente de la vignette :
.....
N° postal : Localité : N° de téléphone :
Date de naissance :
N° de registre national :

Veillez coller ici
une vignette de mutuelle
obligatoire

Photo
(obligatoire pour
les personnes risquant
de se perdre)

Se rend par ses propres moyens au lieu de vacances : oui non

Utilise le transport organisé : (si prévu) oui non

Pouvez-vous vous asseoir sur un siège dans le car ? oui non

Dans ma voiturette, dans le car, je suis en position assise ou semi-allongée

Personne à prévenir en cas d'urgence **joignable pendant le séjour (indispensable) :**

Nom : Prénom :

Adresse : N° :

N° postal : Localité : N° de téléphone en journée :

N° de téléphone en soirée : N° de GSM :

Case réservée à l'administration

Code national du séjour :
à préciser : HP / VO / VP / VC / HV / HA / HM / M
MM / PA / VA / V.EL / NX

Date d'introduction

Mutualiste chrétien : oui / mutation en cours

N° de membre Altéo :

Assurance complémentaire oui non

Ristourne accordée par la Mutualité oui non

Montant Euros

Cachet de la régionale
du vacancier

Coordonnées du médecin traitant
(Nom + N° de téléphone)

Aidez-nous à vous connaître

Merci de répondre aux questions suivantes pour nous permettre de prévoir l'aide qui correspond le plus à vos besoins. Soyez sans crainte : vous ne serez pas refusé(e) parce que l'aide demandée est importante. Ce questionnaire nous aidera juste à choisir les personnes volontaires nécessaires pour vous préparer de bonnes vacances. **Soyez attentifs au fait que, en vacances, vous sortez de votre milieu de vie habituel : nous vous demandons de bien évaluer vos capacités, sachant que vous séjournerez dans un cadre nouveau pour vous.**

Merci de nous communiquer votre problème de santé

- Handicap physique
 - Handicap visuel
 - Handicap auditif
 - Handicap mental :
- (dans ce cas, veuillez compléter **en plus**, la deuxième partie du présent document)
- Maladie mentale (dans ce cas, veuillez compléter **en plus**, la deuxième partie du présent document)
 - Maladie physique
 - Je ne suis ni malade, ni handicapé, mais l'âge réduit mon autonomie
 - Je ne suis ni malade, ni handicapé
 - Je ne suis ni malade, ni handicapé. J'accompagne la personne suivante :
 - Multi handicaps (**n'oubliez pas de cocher plusieurs cases**)

VOTRE VIE JOURNALIERE AU SEJOUR (une seule réponse par question en mettant une croix dans le carré adéquat)

1/ Etes-vous capable de vous déplacer sans aide dans le centre de vacances ?

- oui, sans problème
- oui, mais avec difficultés (cannes, tribune, béquilles, ...)
- non, j'utilise une voiturette et me déplace entièrement seul
- non, j'utilise une voiturette et je suis incapable de me déplacer seul

2/ Etes-vous capable de vous déplacer et de vous promener (plus ou moins 1 km) sans aide en dehors du centre de vacances ?

- oui, sans problème
- oui, mais avec difficultés (cannes, tribunes, béquilles, ...)
- non, j'utilise une voiturette et me déplace entièrement seul
- non, j'utilise une voiturette et je ne peux pas me déplacer seul

3/ Pouvez-vous vous mettre au lit ou en sortir sans aide ?

- oui, sans problème
- oui, mais avec certaines difficultés
- non, je me sers d'une aide technique (perroquet, ...) pour me mettre au lit ou en sortir
- non, j'ai toujours besoin de l'aide d'une tierce personne

4/ Pouvez-vous vous asseoir dans un fauteuil ou en sortir sans aide ?

- oui, sans problème
- oui, mais avec certaines difficultés
- non, j'ai besoin d'un petit coup de main
- non, j'ai toujours besoin d'une aide importante d'une tierce personne

5/ Pouvez-vous vous habiller et vous déshabiller sans aide ?

- oui, sans problème
- oui, mais avec certaines difficultés
- non, j'ai besoin d'une certaine attention
- non, j'ai besoin d'un petit coup de main
- non, j'ai toujours besoin d'une aide importante d'une tierce personne

6/ Pouvez-vous prendre un bain ou une douche sans aide ?

- oui, sans problème
- oui, mais avec certaines difficultés
- non, j'ai besoin d'une certaine attention
- non, j'ai besoin d'un petit coup de main
- non, j'ai toujours besoin d'une aide totale d'une tierce personne
- Pouvez-vous vous tenir debout quelques instants pendant la toilette ? oui non

7/ Pouvez-vous couper et manger vos repas sans aide ?

- oui, sans problème
- oui, mais avec certaines difficultés
- non, j'ai besoin d'une certaine attention
- non, j'ai besoin d'aide avant de manger (couper, tartiner, ...)
- non, j'ai besoin d'un petit coup de main pour couper et manger
- non, j'ai toujours besoin d'une aide importante d'une tierce personne

8/ Pouvez-vous aller aux toilettes sans aide ? (plusieurs réponses possibles)

- oui
 - non, j'ai toujours besoin de l'aide d'une tierce personne
 - j'ai besoin de l'aide spécifique d'une infirmière
 - j'ai des problèmes d'incontinence le jour
 - j'ai des problèmes d'incontinence la nuit
- (dans ce cas, veuillez apporter ce qui vous est nécessaire)

9/ Avez-vous besoin d'une aide particulière pour :

- ♦ la prise de vos médicaments ? oui non
Si oui, précisez :
- Utilisez-vous un semainier pour gérer la prise de vos médicaments ? oui non
- ♦ la gestion de votre argent ? oui non
Si oui, précisez :
- ♦ vous orienter dans l'espace ? (risque de se perdre, ...) oui non
- ♦ vous repérer dans le temps ? (confusion dans les dates, heures, ...) oui non

10/ Merci de préciser votre poids : kg (le poids n'est pas un critère d'exclusion)

11/ Avez-vous des problèmes de sommeil ? oui non

Si oui, lesquels ?

Quels sont vos horaires de sommeil ?

Vous levez-vous souvent pendant la nuit ? oui non

Si oui, en moyenne combien de fois ?

12/ Présentez-vous des risques de chutes ? oui non parfois

13/ Risquez-vous d'avoir des problèmes durant le voyage en car ? oui non

Si oui, lesquels ?

MATERIEL (Ne pas oublier de remplir la suite en page 6 au verso)

14/ Emportez-vous votre voiturette ? oui non

15/ Désirez-vous emporter votre voiturette électrique ? oui non

Précisez la largeur de votre voiturette, roues comprises :

16/ En séjour, quel matériel médical vous est indispensable ?

.....

COMMUNICATION

17/ Avez-vous des difficultés d'expression ? oui non

Si oui, comment vous faites-vous comprendre ?

18/ Avez-vous des difficultés de compréhension ? oui non

19/ Utilisez-vous un langage gestuel ? oui non

20/ Utilisez-vous un moyen de communication personnalisé ? oui non

Si oui, lequel ? S'agit-il d'un appareil ?


L'emporterez-vous lors de vos vacances ? oui non

DIVERS

21/ Habitez-vous en home/ en famille/ seul

22/ Avez-vous la visite régulière d'un kinésithérapeute à domicile ? oui non

23/ Avez-vous la visite régulière d'une infirmière à domicile ? oui non

24/ Je souhaite une chambre individuelle moyennant supplément et uniquement dans les séjours portant le symbole du lit  oui non

25/ Pour une chambre double, je souhaite partager la chambre avec

SI VOUS PARTICIPEZ À UN SÉJOUR SPORTIF

26/ Êtes-vous membre d'un cercle sportif FéMA ? oui non

27/ Ce cercle appartient à FéMA/Essor FéMA/FOA FéMA/FWSA

28/ Nom du cercle sportif :

29/ Région de : Numéro de la carte d'affiliation :

30/ Engagement sportif

Je m'engage à participer à toutes les activités sportives organisées à raison de 5 h par jour.

Je m'engage à respecter les règles de vie courante en groupe.

31/ Disciplines sportives

Pratiquées régulièrement :

Pratiquées occasionnellement :

Souhaitées :

Remarques :

ANIMATION

Merci de nous faire part des activités auxquelles il vous plairait de participer pendant le séjour. Nous ne pouvons pas vous assurer que tous vos souhaits seront rencontrés, mais dans la mesure du possible, nous essayerons d'en tenir compte.

Comme animation j'aime :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous un hobby particulier ? oui non

Si oui, lequel ?

Je n'aime pas l'activité suivante

Je soussigné,, certifie que les renseignements ci-dessus sont complets et exacts sous peine d'annulation de l'inscription.

Nom, Prénom et fonction de la personne qui a rempli ce dossier s'il ne s'agit pas du vacancier lui-même :

Adresse : Tél. :

Date : / / 20 Signature :

Cette partie ne doit être remplie que pour des vacanciers ayant des difficultés mentales

Nous vous demandons de remplir cette partie le plus précisément possible afin de nous permettre d'accompagner au mieux le vacancier durant son séjour de vacances. (à remplir par la personne référente contactable pendant le séjour)

Souhaitez-vous un document de suivi du vacancier pendant le séjour ? oui non

SITUATION DE VIE

1/ Le vacancier a-t-il une occupation régulière ? oui non

E.T.A (entreprise de travail adapté)

travail en milieu ordinaire

centre occupationnel

Si oui, pouvez-vous nous décrire son activité ?

Autre

2/ Le vacancier vit-il

seul en appartement supervisé en home en famille Autre

3/ Fait-il partie d'un groupe de loisirs ? oui non De quel type ?

4/ Le vacancier vit-il en couple ? oui non

5/ Son conjoint est-il inscrit au séjour ? oui non

6/ Le vacancier est-il en minorité prolongée ? oui non

LOISIRS

7/ Le vacancier s'occupe-t-il facilement ? A quoi ?

8/ Se plaît-il à ne rien faire ?

9/ Quelles sont ses activités favorites, ses hobbies ?

10/ Fait-il du sport ? Lequel ?

11/ Pendant quelle durée ?

12/ Peut-il aller au bassin de natation ? oui non

13/ Sait-il nager ? Précautions à prendre ?

.....

SURVEILLANCE

14/ A quoi faut-il être particulièrement attentif ? Expliquez et détaillez quelle serait l'attitude à prendre.

Sentiment d'insécurité

Risque de se perdre

Fugues possibles

Crises d'épilepsie

Accès de colère

Risque de vol

Gestion de la nourriture

Consommation d'alcool. Quelle quantité tolère-t-il ?

Risque de violence ? Si oui, de quel type : verbale, physique, psychologique ?

Gestion de son argent de poche. De quel budget disposera-t-il au séjour ?

Problèmes caractériels

- Tendance à l'isolement
- Comportements autistiques. De quelle nature ?
- Tendance cleptomane
- Automutilation possible
- Vie affective
- Vie sexuelle.....
- Autres.....

15/ Le vacancier peut-il fumer ? oui (apporter ses cigarettes) non

COMPORTEMENT

16/ Décrivez son comportement en présence de personnes connues :

.....

.....

17/ Décrivez son comportement en présence de personnes inconnues :

.....

.....

18/ Décrivez son comportement vis-à-vis des règles et contraintes de la vie en groupe :

.....

.....

19/ Quelle attitude adopter en cas de difficultés, de conflit ?

.....

.....

20/ Est-il préférable de le faire encadrer : par une femme par un homme peu importe
 Nécessite-t-il un accompagnement permanent ? Si oui, pourquoi ?

.....

.....

21/ En dehors du milieu quotidien et habituel, pensez-vous que le vacancier pourrait vivre certaines difficultés particulières suite au changement de cadre de vie ? Lesquelles ?

.....

.....

22/ A-t-il des habitudes au moment de se coucher ? Si oui, lesquelles ?

.....

23/ A-t-il un comportement particulier la nuit ? Si oui, pouvez-vous nous expliquer ?

.....

24/ A-t-il un comportement particulier à table ? Si oui, pouvez-vous nous expliquer ?

.....

DIVERS

Indiquez ci-dessous les recommandations ou préoccupations que vous jugez indispensables et auxquelles nous n'avons pas pensé :

.....

.....

En cas de difficulté, quelle personne pouvons-nous contacter (nom + n° de téléphone) ?

.....

Je soussigné,, certifie que les renseignements ci-dessus sont complets et exacts sous peine d'annulation de l'inscription.

Nom, Prénom et fonction de la personne qui a rempli ce dossier :

.....

Adresse : Tél. :

Date : / / 20 Signature :

