

# FICHE D'INSCRIPTION

## PARTICIPANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Sexe : M  F   
 Adresse : .....  
 Téléphone : .....  
 Email : .....  
 Etablissement fréquenté : .....  
 Adresse : .....  
 Personne de référence : .....  
 Parents: ..... oui  non   
 Si non, profession : .....  
 Téléphone : .....  
 Email : .....  
 Participant sous tutelle : ..... oui  non   
 - nature de la tutelle : .....  
 - tutelle assurée par : .....  
 Participant sous curatelle : ..... oui  non   
 Médecin traitant : .....  
 Téléphone : .....  
 Adresse : .....

## RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION

Nom : ..... Prénom : .....  
 Fonction : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : .....  
 Email : .....

## PENDANT LE SÉJOUR - URGENCE

	Responsable Inscription	Autre personne*
PERSONNE À CONTACTER PENDANT LE SÉJOUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact en cas d'urgence 24/24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone : .....		
Fonction : .....		
Email : .....		

\* Si la personne à contacter est une autre personne :

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : .....  
 Email : .....

## CONVOCATION ET INFORMATIONS DE SÉJOUR

	Vacancier	Responsable Inscription	Autre personne
Envoi convocation/informations au	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envoi compte rendu de séjour au	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le cas de l'envoi à une autre personne :			
Nom : ..... Prénom : .....			
Adresse : .....			
Téléphone : .....			
Email : .....			

## FACTURATION ET RELEVÉ DE FRAIS

	Responsable Inscription	Autre personne
Envoyer la facture au :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envoyer le relevé de frais (argent de poche, ...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le cas de l'envoi à une autre personne :		
Nom : ..... Prénom : .....		
Adresse : .....		
Téléphone : .....		
Email : .....		

## SÉJOURS CHOISIS

Référence du séjour : .....  
 Dates : du ..... au .....  
 Second choix de séjour en cas d'indisponibilité :  
 Nom du séjour : .....  
 Dates : du ..... au .....

## GARANTIE ANNULATION / INTERRUPTION (FACULTATIVE)

GEVAUDAN VAO vous conseille de souscrire à une garantie qui vous rembourse les frais de désistement ou la part du voyage non effectué en cas d'interruption du séjour exécuté par un assistant dans un certain nombre de cas (Voir les conditions particulières d'inscription).  
 Si vous souhaitez souscrire cette option, vous devez impérativement ajouter son montant au prix du séjour lors du versement du premier acompte.

J'ai pris connaissance des conditions générales de la garantie annulation/interruption et je souhaite y souscrire Oui  Non

## ACCEPTATION

Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de ....., certifie avoir pris connaissance des conditions générales de vente (document joint en annexe) et de déroulement des séjours vacances adaptées de Gévaudan VAO (ci-joint le programme), et déclare les accepter sans réserve.

J'effectue une copie de cette fiche avant de vous la retourner.

Fait à ..... Le .....  
 Signature

## PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Fournir de préférence une attestation de prise en charge.

Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de ..... pour l'organisme .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

Prend en charge :  Partiellement  Totalement

Les frais de séjours et les frais annexes de ..... pour un montant de .....

Fait à ..... Le .....

Signature et Cachet de l'organisme

## TOILETTE ET HYGIÈNE

	Seul	Avec aide Ponctuelle	Avec aide totale
• Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Change ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A peur de la douche		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Le jour <input type="checkbox"/>	La nuit <input type="checkbox"/>
• Est énéurétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Est encoprétiq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Porte des protections		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Serviettes <input type="checkbox"/>	Tampons <input type="checkbox"/>
			Autre <input type="checkbox"/>
• Pour les femmes réglées, port de			
• Remarques complémentaires (urinaires, selles,...):	.....		

## ALIMENTATION

	Seul	Avec aide Ponctuelle	Avec aide totale
• Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• Utilisation de gélifiant pour boissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à fournir
• Particularités alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesquelles (régime, aliments mixés/semi-mixés... joindre ordonnance et protocole).....	.....		
Autres remarques (façon de manger, couverts adaptés...)	.....		

## SOMMEIL

	Oui	Non
• A des difficultés pour s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A peur de l'obscurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A des angoisses nocturnes, des insomnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se lève la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A un lever difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fait la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orthèse de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heure habituelle du coucher : .....	Du lever : .....	
• Préconisations : .....		

## SANTÉ A COMPLETER OBLIGATOIREMENT

• Poids : .....kg Taille : .....m

	Oui	Non
• Sous traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besoin d'intervention d'une IDE (Si oui, joindre une prescription médicale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besoin de matériel médical (Si oui, veuillez joindre une prescription médicale avec le dossier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prise du traitement	Seul <input type="checkbox"/>	A donner <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• Pour les femmes, prise de contraceptif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Déficience visuelle	Non voyant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mal voyant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La personne est équipée de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lentilles <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Canne <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Déficience auditive : Sourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malentendant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Problèmes cutanés, si oui lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Port d'appareillage (prothèse auditive, prothèse dentaire, corset, ...)	.....	

## EPILEPSIE

	Oui	Non
• Personne épileptique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stabilisée <input type="checkbox"/>	Occasionnelle <input type="checkbox"/>
		Fréquente <input type="checkbox"/>
Si oui, l'épilepsie est-elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Malgré l'épilepsie, baignade autorisée ? (Piscine, jacuzzi, sauna)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Si oui, joindre un certificat médical autorisant la baignade</b>		
• Fume habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Quantité quotidienne : .....	Interdite <input type="checkbox"/>	Autorisée <input type="checkbox"/>
• Consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si autorisée, quantité et fréquence de consommation : .....	.....	
Préciser si tendance à l'alcoolisme : .....	.....	

Nom et qualité de la personne ayant rempli cette fiche :

## COMPORTEMENT

	Oui	Non
• A un objet transitionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lequel : .....		
• A des rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesquels : .....		
• Peut se mettre en danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans quel contexte : .....		
	Fuguer <input type="checkbox"/>	Errer <input type="checkbox"/>
• A tendance à	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Est sujet(te) aux	Délires <input type="checkbox"/>	Phobies <input type="checkbox"/>
		Hallucinations <input type="checkbox"/>
Lesquels : .....		

**Pour compléter cette rubrique nous tenons à votre disposition une fiche complémentaire déterminant le degré d'autonomie du vacancier.**

## RELATIONS

• Si des difficultés relationnelles peuvent se manifester, préciser :

- Lesquelles (blocage, insultes, violence...) ?

.....

- avec qui ? (Encadrants, les vacanciers, les personnes extérieures au séjour...)

.....

Préconisations (pour éviter ou gérer ces difficultés) ?

.....

	Oui	Non
• Vient en couple sur le séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, nom du partenaire		
- Partage de la même chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Partage du même lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## COMMUNICATION

	Seul	Avec aide	Non
• Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ecrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Langage <input type="checkbox"/>	Gestes <input type="checkbox"/>	Cris <input type="checkbox"/>
• mode de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autre(s) mode(s) de communication :	.....		

## ACTIVITÉS - LOISIRS

	- de 30 mn	de 30 mn à 1h	+ d'1h
• Soutien de l'attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• Choisit une activité parmi plusieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pratique régulièrement une activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laquelle : .....	.....		
• Autre centre d'intérêt (culturel, artistique, sportif, ludique...)	.....		

## ARGENT PERSONNEL

	Oui	Non
• Gérer son argent seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somme habituellement gérée et période : .....	€ par .....	

## SORTIES

	Oui	Non	Avec préparation
• Peut sortir seul sans animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Lit l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Est capable de rentrer à heure fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• A besoin de temps pour s'adapter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Se repère dans de nouveaux lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Remarques complémentaires :	.....		

## MOTRICITÉ / DÉPLACEMENTS

	Fauteuil Roulant	Déambulateur	Canne
• Se déplace en/avec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tout le temps <input type="checkbox"/>	En sortie <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
• Monte un escalier seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour les personnes en fauteuil roulant :			
- emporte son fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- véhicule adapté nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- se maintient debout pour transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Porte des chaussures orthopédiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- de 30 mn <input type="checkbox"/>	de 30 mn à 1h <input type="checkbox"/>	+ d'1h <input type="checkbox"/>
• Peut marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques complémentaires :	.....		

