



Joindre obligatoirement à ce dossier :

La photocopie de la carte de sécurité sociale, de la mutuelle
De la carte d'invalidité et de la carte d'identité

**1 photo
récente
obligatoire**

50 RUE RIOLAN
80000 AMIENS

Tél. : 03.22.92.68.76 FAX : 03.22.92.69.49 E-mail : alpha.picardie@wanadoo.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION – SEJOURS

NOM : PRENOM :

Né(e) le : Sexe :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse personnelle :

SEJOUR ET DUREE CHOISI (précisez les dates) :

INSCRIT PAR :

Nom (Foyer, ESAT, Famille, autre...) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

ETABLISSEMENT FREQUENTE :

Nom (Foyer, ESAT, Famille, autre...) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Typologie de l'établissement :

Foyer d'hébergement Foyer de vie FAM SAVS SERVICE TUTELLAIRE

Autre :

LE VACANCIER EST-IL SOUS MESURE DE PROTECTION ? OUI NON Laquelle ?

Nom et coordonnées du tuteur :

.....

.....

N° de téléphone en cas d'urgence : E-mail :

QUI CONTACTER (Nom, Adresse, Téléphone) :

Le jour du départ :

Pendant le séjour :

Le jour du retour :

A QUI DOIT-ON ENVOYER LA FACTURE ?	
QUI FINANCE LE SEJOUR ?	

DEPARTS ET RETOURS : Tous nos séjours se font au départ et retour d'Amiens, cependant des convoysages sont organisés en fonction de la demande. Des regroupements ont lieu sur les sites suivants : (cocher la case correspondante)

	AMIENS	DOUAI	LE CATEAU	Autres (nous contacter)
Départ				
Retour				

NOM DE LA PERSONNE AYANT REMPLI LE DOSSIER :	NOM DU RESPONSABLE LEGAL OU DU RESPONSABLE DE VACANCES AUTORISANT LA DEPENSE :
FONCTION :	
DATE :	SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL OU DU RESPONSABLE DE VACANCES AUTORISANT LA DEPENSE

A REMPLIR AVEC PRECISION

NOM : PRENOM :

1 – NIVEAU D'AUTONOMIE :

	Seul	A encourager	Intervenir
Se laver			
Se raser			
S'habiller			
Se changer			
Se rendre aux toilettes			

	OUI	NON	Précisions complémentaires
Vit en appartement			
Téléphone seul			
Sait lire			
Sait écrire			
Sait nager			Baignade à la mer autorisée: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Baignade à la piscine autorisée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Bon marcheur			
Fatigable			
Apte à monter/descendre un escalier			

	OUI	NON	Précisions complémentaires
Difficultés de compréhension			
Difficultés d'élocution			
Problème de vue (Si oui remplir « précisions complémentaires ») ➔			<input type="checkbox"/> Mal-voyant <input type="checkbox"/> Non voyant Port de lunettes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Problème d'ouïe (Si oui remplir « précisions complémentaires ») ➔			<input type="checkbox"/> Mal entendant <input type="checkbox"/> Non Entendant Port d'appareil auditif <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Porte un appareil dentaire			

<u>A RENSEIGNER ABSOLUMENT</u>	OUI	NON	Précisions complémentaires
Se repère dans l'espace intérieur			
Se repère dans l'espace extérieur			
Sait lire l'heure			
Distingue matin midi et soir			
Repère les jours de la semaine			
Autorisé à sortir seul Si oui remplir « précisions complémentaires » ➔			<input type="checkbox"/> complète autonomie (sait prendre et repérer seul les moyens de transports) <input type="checkbox"/> en lieux nouveaux et inconnus non repérés <input type="checkbox"/> en lieux nouveaux et inconnus préalablement repérés
Gestion de l'argent de poche se reporter à droite : « précisions complémentaires » ➔	X		<input type="checkbox"/> Gère seul (le vacancier ne confie pas son argent de poche, il est en complète autonomie) <input type="checkbox"/> Gestion assistée (il est remis au vacancier une petite somme d'argent qu'il gère seul) Indiquer montant : €/semaine <input type="checkbox"/> Ne gère pas seul (la gestion de l'argent de poche est faite pour et/ou avec le vacancier)

A RENSEIGNER <u>ABSOLUMENT</u>	OUI	NON	Précisions complémentaires
Fumeur Si oui remplir « précisions complémentaires » <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">➔</div>			<input type="checkbox"/> Gère seul (Le vacancier gère seul ses achats et sa consommation de cigarettes) <input type="checkbox"/> Gestion assistée (il est remis au vacancier un nombre donné de cigarettes, par jour, en une fois) Indiquer nombre : /jour <input type="checkbox"/> Ne gère pas seul (l'animateur remet les cigarettes au vacancier, à l'unité) Indiquer nombre : /jour <u>Pensez à calculer l'argent de poche du vacancier en fonction de sa consommation habituelle</u>
consommer de l'alcool (ex : 1 bière) lors d'une sortie (seul ou en groupe)			

RELATION AVEC :	Bonne	Réservée	Tendance à l'isolement
Les vacanciers			
L'encadrement			
L'homme			
La femme			
Les enfants			
Les inconnus			
Les animaux			

	OUI	NON	Précisions complémentaires
Séjour en couple ?			Nom du/de la partenaire :
En cas de séjour en couple, dorment-ils dans la même chambre ?			

Ses goûts : Ce qu'il aime ou n'aime pas. Ce qu'il sait faire. Ses centres d'intérêts.

.....

Attentions particulières concernant l'autonomie :

2 – **TROUBLES DU COMPORTEMENT OU DE LA PERSONNALITE :**

Le vacancier souffre- t-il de troubles du comportement ou de la personnalité ?

OUI NON

Si **OUI** lesquels :

	OUI	NON	Précisions complémentaires
Troubles du sommeil Si oui remplir « précisions complémentaires » ➔			<input type="checkbox"/> se lève tôt <input type="checkbox"/> se couche tard <input type="checkbox"/> Autres :
Troubles de l'alimentation Si oui remplir « précisions complémentaires » ➔			<input type="checkbox"/> Anorexie <input type="checkbox"/> Boulimie <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Autres :

	OUI	NON	Précisions complémentaires
Tendance à fuguer			
Kleptomane			
Manifestations agressives : - envers lui-même - envers les autres			
Manifestations d'angoisses ou d'anxiété : Si oui , précisez →			
Manifestations de délires particuliers : Si oui , précisez lesquels →			
A déjà fait une tentative de suicide ? Si oui remplir « précisions complémentaires » →			la date de la dernière tentative.....
Conscience de la douleur			
Situer la douleur			
Troubles de la sexualité Si oui remplir « précisions complémentaires » →			
Problème d'éthylisme Si oui remplir « précisions complémentaires » →			<input type="checkbox"/> Interdiction totale de consommation d'alcool <input type="checkbox"/> consommation exceptionnelle (ex : une bière ou panaché lors d'une sortie en groupe) – Précisez :

3 – TROUBLES ASSOCIES/SANTE :

	OUI	NON	Précisions complémentaires
Epileptique : Si oui remplir « précisions complémentaires » →			Stabilisé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Fréquence des crises :
Enurétique : Si oui remplir « précisions complémentaires » →			Diurne <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Port de protections <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pensez à fournir les alèzes
Encoprésique : Si oui remplir « précisions complémentaires » →			Diurne <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Port de protections <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pensez à fournir les alèzes
Cardiopathe : Si oui remplir « précisions complémentaires » →			
Allergique : Si oui remplir « précisions complémentaires » →			
Problèmes dermatologiques : Si oui remplir « précisions complémentaires » →			Photosensible : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autres précisez :
Asthmatique Si oui remplir « précisions complémentaires » →			
Diabétique Si oui remplir « précisions complémentaires » →			Insulino-dépendant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Fréquence des injections : /J Autres précisions :

	OUI	NON	
Autres problèmes de santé (ex : maladie chronique, HIV, Hépatite etc...) Si oui voir « précisions complémentaires »			Joindre un courrier du médecin traitant ou spécialiste, sous pli cacheté, noté « secret médical », et résumant les problèmes médicaux, chirurgicaux, les précautions particulières, protocoles etc...

Problèmes moteurs : OUI NON

Si oui, Le vacancier a-t-il besoin :

- d'un fauteuil roulant OUI : occasionnellement - Permanent
 NON

- d'un déambulateur OUI : occasionnellement - Permanent
 NON

- d'un appareillage spécifique OUI NON ; si oui, lequel ?

Attentions et soins particuliers concernant le handicap :


PRECISIONS ALIMENTAIRES:

	OUI	NON	Précisions complémentaires
Régime alimentaire Si oui remplir « précisions complémentaires »			<u>N'oubliez pas de nous fournir une ordonnance expliquant le régime</u>
Problème d'ingestion Si oui remplir « précisions complémentaires »			Fausse route <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui : <input type="checkbox"/> Besoin de présence <input type="checkbox"/> Mixé <input type="checkbox"/> Mouliné <input type="checkbox"/> Aide à la découpe <input type="checkbox"/> Autres précisez :
Allergies alimentaires Si oui remplir « précisions complémentaires »			

Attention ! Une page suivante

4 – TRAITEMENTS:

NOM : PRENOM :

	OUI	NON	Précisions complémentaires
Contraceptifs Si oui remplir « précisions complémentaires » 			Date de fin : Date de reprise :
Suit un traitement			

Le traitement sera distribué par l'équipe d'encadrement et sa préparation éventuelle (si absence de semainiers couvrant toute la période de vacances) par une infirmière D.E

Des semainiers jetables sont mis à disposition gratuitement pour les établissements et les familles, par l'association, n'hésitez pas à en faire la demande.

Souhaitez-vous recevoir des semainiers jetables ?	OUI	NON
Si oui, à quelle adresse ?		

NOUS FOURNIR avant le départ :
UNE SEULE ORDONNANCE DACTYLOGRAPHIEE
Et ACTUALISEE. (MOINS DE 3 MOIS en fin de séjour – Demandes DDCSPP)
ET SI BESOIN :

Un courrier du médecin traitant ou spécialiste, sous pli cacheté, noté « secret médical », et résumant les problèmes ET antécédents médicaux, chirurgicaux, précautions particulières etc...

Le vacancier, pendant le séjour, a-t-il besoin d'actes médicaux réalisés par un professionnel de santé ?

OUI NON

Si oui, Lesquels ?

Fréquence ?

Attentions particulières concernant le traitement ou des soins :