



50 RUE RIOLAN  
80000 AMIENS  
TEL. : 03 22 92 68 76  
FAX : 03 22 92 69 49  
alpha.picardie@wanadoo.fr

**IMPORTANT**

Veillez vous assurer de l'exactitude des informations indiquées dans ce dossier. Toute information omise ou fausse déclaration pouvant nuire à la santé du vacancier, à son intégrité physique, et/ou à celles des autres entraînera un rapatriement aux frais du vacancier avec non-remboursement du séjour.

**Joindre obligatoirement à ce dossier :**

Photocopies de la carte de sécurité sociale, de la mutuelle, de la carte d'invalidité et de la carte d'identité.

**DOSSIER D'INSCRIPTION - SEJOURS ADAPTES**

**Nom et prénom du vacancier :** .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : Féminin Masculin

Adresse personnelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Autonomie du vacancier : A1 A2 B1 B2 C2 C3



**Nom du séjour :** .....

Dates du séjour : du ..... au .....

En couple sur le séjour avec : ..... Si oui : chambre commune : Oui Non

Ville de départ souhaitée : ..... Ville de retour souhaitée : .....

(Tous nos séjours se font au départ et retour d'Amiens, cependant des convoys gratuits sont organisés en fonction de la demande)

**Nom et Prénom du responsable de l'inscription :** ..... Qualité : .....

Adresse : ..... Code postal : .....

Ville : ..... Email : .....

Téléphone(s) : ..... Fax : .....

**Etablissement fréquenté :** .....

Type d'établissement : SAVS Foyer d'hébergement Foyer de vie FAM MAS

Autre : .....

Adresse : ..... Code postal : .....

Ville : ..... Email : .....

Téléphone(s) : ..... Fax : .....

**Le vacancier est-il sous mesure de protection ?** Oui Non Laquelle ? .....

**Nom et prénom du responsable légal :** .....

Adresse : ..... Code postal : .....

Ville : ..... Email : .....

**Téléphone(s) en cas d'urgence :** ..... Fax : .....

**Qui contacter** le jour du départ (nom, téléphone) : .....

**Qui contacter** pendant le séjour (nom, téléphone) : .....

**Qui contacter** le jour du retour (nom, téléphone) : .....

**Nom et de la personne ayant rempli le dossier :** .....

Fonction : .....

Date : .....

**Nom du responsable légal :** .....

Date : ..... **Signature :** .....

Nom et prénom du vacancier : .....

## 1. VIE QUOTIDIENNE

	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide permanente
Fait sa toilette			
Prend sa douche			
Se rase			
Se coiffe			
S'habille			
Change ses vêtements			
Change ses sous-vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			

	Oui	Non	Précisions complémentaires		
A peur de la douche					
Est énurétique le jour			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?	oui oui	non non
Est énurétique la nuit			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?	oui oui	non non
Est encoprétique le jour			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?	oui oui	non non
Est encoprétique la nuit			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?	oui oui	non non

Autres précisions et préconisations :

## 2. RYTHME ET REPOS

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Se lève tôt			
Se lève tard			
Se couche tôt			
Se couche tard			
Fait la sieste			
A peur de l'obscurité			
A des difficultés pour s'endormir			
Se réveille la nuit			
A des angoisses nocturnes			
A des insomnies			
Autres troubles du sommeil (à préciser)			

Autres précisions et préconisations :

### 3. HABITUDES DE VIE

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Vit en appartement			Seul A plusieurs
Vit en couple			
Objet fétiche (à préciser)			
Rituels (à préciser)			
Consomme modérément de l'alcool (ex : 1 bière lors d'une sortie)			
Fume <i>Si oui, précisez</i>			<b>Gère seul</b> (gère ses achats et sa consommation de cigarettes) <b>Gestion assistée</b> (il est remis un nombre donné de cigarettes, par jour, en une fois) <b>Indiquez le nombre : /jour</b> <b>Ne gère pas seul</b> (cigarettes remises à l'unité) <b>Indiquez le nombre : /jour</b>
Gestion de l'argent de poche	X		<b>Gère seul</b> (le vacancier ne confie pas son argent, il est en complète autonomie) <b>Gestion assistée</b> (il est remis au vacancier une petite somme d'argent qu'il gère seul) <b>Indiquez le montant : €/semaine</b> <b>Ne gère pas seul</b> (la gestion de l'argent de poche est faite pour et/ou avec le vacancier)
Relations avec :	Bonne	Réservée	Tendance à l'isolement
- les vacanciers			
- l'encadrement			
- les hommes			
- les femmes			
- les enfants			
- les inconnus			

### 4. COMMUNICATION

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Comprend			
Langage verbal			
Problème d'élocution			
Utilise des sons, cris, vocalises			
Aphasie			
Mutisme			
Logorrhées			
Écholalies / Itérations			
Sait lire			
Sait écrire			
Sait téléphoner			
Possède un téléphone portable			Numéro :

Autres précisions et préconisations :

## 5. LOISIRS

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Sait faire un choix parmi plusieurs activités			
Pratique régulière d'une activité sportive (préciser)			
Pratique régulière d'une activité de loisirs (préciser)			
Peut soutenir son attention de manière prolongée (durée d'un film, d'un spectacle)			
Baignade autorisée (baignade surveillée)			Sait nager :    oui    non
Sait skier ( <i>séjours à la montagne en hiver</i> )			
Contre-indications :			

**Centres d'intérêts, ce que le vacancier aime ou n'aime pas faire :**

## 6. DEPLACEMENT

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Bon marcheur			
Fatigable			
Apte à monter/descendre des escaliers			
Se repère dans l'espace intérieur			
Se repère dans l'espace extérieur			
Mémorise un trajet			
Sait demander son chemin			
Se repère dans le temps			
Lit l'heure			
Sait rentrer à heure fixe			
<b>Autorisé à sortir seul</b> <i>Si oui compléter « précisions complémentaires »</i>			<b>Complète autonomie</b> (sait prendre et se repérer seul dans les transports en commun) <b>En lieux nouveaux et inconnus non repérés</b> <b>En lieux nouveaux et inconnus préalablement repérés</b>

## 7. APPAREILLAGE

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Port de lunettes			
Port d'appareil auditif			le nettoie seul :    oui    non
Appareil dentaire amovible			le nettoie seul :    oui    non
Chaussures orthopédiques			
Bas de contention			
Autre appareillage spécifique :			

<b>Problèmes moteurs :    oui    non</b>			
Si oui, le vacancier a-t-il besoin :	occasionnellement	permanent	précisions complémentaires
- d'un fauteuil roulant			
- d'un déambulateur			
- d'une canne / de béquilles			

## 8. ALIMENTATION

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Mange seul			
Boit seul			
Anorexie			
Boulimie			
Angoisse au moment des repas			
Addictions (à préciser)			
Autres troubles alimentaires (à préciser)			
Régime alimentaire (à préciser) <i>Fournir ordonnance et repas types</i>			
Allergies alimentaires (à préciser)			
Risque de fausse route (à préciser)			Si oui : Besoin de présence Mixé Mouliné Aide à la découpe Autres, précisez

## 9. COMPORTEMENT

Déficience / handicap :

Moteur    Sensoriel    Mental    Cognitif    Polyhandicap    Social(e)

Précisez : .....

Pathologie(s) associée(s) : .....

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Tendance à fuguer (si oui précisez)			Fréquence : Date de la dernière fugue :
Tentative de suicide			Date de la dernière tentative :
Crises d'angoisse			
Fabulations, délires			
Peur de la foule			
Peur des animaux			
Autres phobies (à préciser)			
Troubles obsessionnels et compulsifs			
Mise en danger de soi (refus de soins...)			
Automutilation			
Agressivité verbale			
Agressivité physique (précisez)			
Comportement exhibitionniste			
Troubles de la sexualité (précisez)			
Kleptomane			
Tendance au retrait, à l'isolement			

**Autres précisions et préconisations :**

## 10. SANTE

			Légère	Moyenne	Complète
Déficience visuelle :	oui	non			
Déficience auditive :	oui	non			

	Oui	Non	Précisions complémentaires
<b>Vaccination Covid-19 (si oui fournir certificat de vaccination)</b>			
Conscience de la douleur			
Situe la douleur			
Troubles de la mémoire			
Problème d'éthylisme Si oui précisez			Interdiction totale de consommation d'alcool
Hyper-salivation			
Potomane			
Épileptique			Stabilisé :    oui    non Fréquence des crises :
Cardiopathe (si oui, précisez)			
Allergies (si oui, précisez)			
Problèmes dermatologiques (précisez)			
Photosensible			
Asthmatique (si oui, précisez)			
Diabétique (si oui, précisez)			Insulino-dépendant :    oui    non Fréquence des injections :    /jour Autres précisions :
Autres problèmes de santé (ex : maladie chronique, HIV, Hépatite, ect.) <i>Si oui, voir « précisions complémentaires »</i>			<b>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...</b>

Extrait de l'article D.344-5-7 du code de l'action sociale et des familles (CASF) relatif aux établissements et services accueillant des adultes handicapés : « Il appartient (...) au responsable de l'établissement de veiller à la parfaite transmission des informations concernant notamment la santé et les besoins du résident à l'organisateur du séjour VAO. »

## 11. TRAITEMENT

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Suit un traitement			
A un moyen de contraception, Lequel ?			

**Le traitement sera distribué par l'équipe d'encadrement et sa préparation éventuelle** (si absence de semainiers couvrant toute la période de vacances) **par un.e infirmier.ère D.E ou un.e pharmacien.ne**

**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.**

	Oui	Non	Si oui, à quelle adresse ?
Souhaitez-vous recevoir des semainiers jetables ?			

### ATTENTION :

Nous fournir avant le départ :

- **une seule ordonnance dactylographiée et actualisée** (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.

Pendant le séjour, le vacancier a-t-il besoin d'actes médicaux réalisés par un professionnel de santé ?	Oui	Non	Fréquence / Dates
Injection(s)			
Dextro			
Lavement			
Autre(s) : .....			
.....			

Attentions particulières concernant le traitement ou des soins :