



Dossier d'inscription

Le dossier d'inscription est disponible sur le site internet

www.adapei56.com

Ou

Sur simple demande par mail :

vacancesetloisirs@adapei56.net

Par téléphone : 02 97 63 91 73

Ce bulletin ne vaut pas inscription définitive.

Il faut remplir le dossier d'inscription et nous le renvoyer pour que nous puissions valider définitivement votre venue.



Nous vous proposons :
27 séjours été entre le 22 juillet et le 19 août 2023

N° de séjour	Lieu	Dates	Nombre de jours	Tarifs
Séj 1	Séné	22 juillet – 29 juillet	8	1120€
Séj 2	Séné	29 juillet – 12 août	15	2175€
Séj 3	Séné	12 août – 19 août	8	1120€
Séj 4	Ploërmel	22 juillet – 29 juillet	8	1120€
Séj 5	Ploërmel	29 juillet – 05 août	8	1120€
Séj 6	Ploërmel	05 août – 19 août	15	2175€
Séj 7	Châteauneuf-du-Faou	22 juillet – 05 août	15	2850€
Séj 8	Châteauneuf-du-Faou	05 août – 12 août	8	1545€
Séj 9	Châteauneuf-du-Faou	12 août – 19 août	8	1545€
Séj 10	Ploemeur	22 juillet – 29 juillet	8	1250€
Séj 11	Ploemeur	12 août – 19 août	8	1250€
Séj 12	Ploemeur 1	29 juillet – 12 août	15	1950€
Séj 13	Ploemeur 2	22 juillet – 29 juillet	8	1050€
Séj 14	Ploemeur 2	12 août – 19 août	8	1050€
Séj 15	Le Puy du Fou	05 août – 12 août	8	1160€
Séj 16	Le Puy du Fou	12 août – 19 août	8	1160€
Séj 17	Muzillac	22 juillet – 29 juillet	8	1120€
Séj 18	Muzillac	29 juillet – 5 août	8	1120€
Séj 19	Muzillac	05 août – 12 août	8	1120€
Séj 20	Maine et Loire	29 juillet – 12 août	15	1965€
Séj 21	Guérande	29 juillet – 12 août	15	1980€
Séj 22	Quiberon 1	29 juillet – 12 août	15	1965€
Séj 23	Quiberon 1	12 août – 19 août	8	1080€
Séj 24	Quiberon 2	29 juillet – 12 août	15	1965€
Séj 25	Quiberon 2	12 août – 19 août	8	1080€
Séj 26	Saint Malo	29 juillet – 12 août	15	1980€
Séj 27	Les Gorges du Tarn	29 juillet – 12 août	15	2150€



Merci de préciser ci-dessous deux choix de séjour, par ordre de préférence.
Votre premier choix peut être susceptible d'être modifié en raison du nombre d'inscrits et de critères d'adaptabilités.

Séjour n°

Lieu du Séjour

CHOIX N° 1

CHOIX N° 2

CHOIX N° 3

Acompte à retourner pour le 10 mars 2023 :

- 250 € pour les séjours d'une semaine.
- 500 € pour les séjours de deux semaines.

Vous pouvez régler par :

Chèque

Chèque Vacances

Virement bancaire

Adapei du Morbihan – Service Parenthèses

2 allée de Tréhornec – BP116

56003 Vannes

Assurance Multirisques sans motif:

Séjour à moins de 2 000 €

28 €

Oui

Non

Séjour à plus de 2 000 €

(Séjours 2, 6, 7 et 27)

105 €

Oui

Non

VOS HABITUDES DE VIE

Numéro de dossier (à remplir par l'ADAPEI à la réception du dossier) :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Né(e) le : Sexe : Masculin Féminin

Personne Soutien à l'accompagnement du dossier :

Tel :

NOM et prénom du curateur/tuteur ou responsable légal :

Mail :@..... Tel :

Personne à joindre en cas d'urgence durant le séjour (NOM Prénom) :

Qualité :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Adresse mail ou postale pour l'envoi de la convocation :

Adresse mail ou postale pour l'envoi du devis et de la facture :

VOTRE PROJET DE SÉJOUR

- Pour quelles raisons avez-vous choisi ce séjour ?

.....
.....
.....
.....

- Quelles sont vos attentes ?

.....
.....
.....
.....

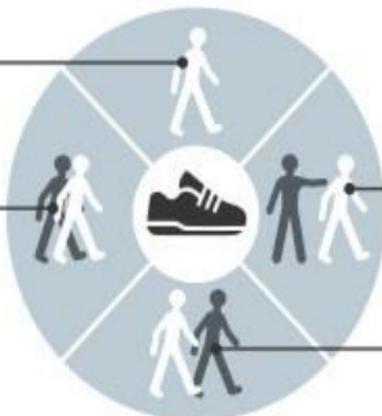
VOTRE MOBILITÉ ET VOS DÉPLACEMENTS

Merci d'entourer l'accompagnement qui vous correspond :

Mobilité et déplacement :

Pas de besoin spécifique :
se déplace seul
(et se repère seul)

Aide permanente :
a besoin d'une
présence ou d'une
aide individuelle,
personnalisée,
systématique pour
se déplacer



Attention particulière
et aide au repérage :
a besoin de préparation
spécifique pour se
déplacer seul ou
présence discrète de
l'encadrement

Aide régulière et/ou
vigilance soutenue :
a besoin d'accompagnement
pour se déplacer en dehors
d'un périmètre restreint

Pour définir un accompagnement qui vous convienne, nous aurions besoin d'en savoir un peu plus...

Je viendrai en vacances avec :

Une canne

Un déambulateur

Un fauteuil roulant manuel

Si oui, pliant :

Oui

Non

Un fauteuil roulant électrique

Si oui, dimension :

Hauteur : cm

Largeur : cm

Profondeur : cm

Poids : kg

Utilisez-vous ce moyen de déplacement ? : Tout le temps Occasionnellement

Portez-vous des chaussures orthopédiques ? : Oui Non

Devons-nous prévoir une location de matériel médical ? : **(Nous louons le matériel, ordonnance obligatoire)**

Lève-personne (si oui il est fortement recommandé de venir avec ses propres sangles)

Verticalisateur

Lit médicalisé

Si oui, Barrières

Potence

Siège de douche

Passage infirmier Oui Non - Si oui, précisez les actes (Normacol, nursing, soin cutané...) / Soyez le

plus précis possible (moment et temps d'intervention...) :

Pour les sorties :

• Avez-vous l'habitude de vous déplacer : A pied - A vélo - Voiture personnelle

• Marchez-vous seul(e) ? : Oui Non + de 60 minutes 30 minutes Accompagné

• Avez-vous besoin :

D'un fauteuil confort D'un déambulateur Du bras d'un accompagnant

Autres, précisez :

• Êtes-vous fatigué(e) rapidement ? Oui Non

• Appréciez-vous être dans des lieux publics ? Oui Non

• Pouvez-vous monter seul(e) dans un minibus ? Oui Non

• Pouvez-vous faire les transferts de votre fauteuil au siège du véhicule ? Oui Non

• J'ai un appui plantaire (je peux m'appuyer sur mes jambes pour faire un transfert) Oui Non

¹ Merci de répondre le plus précisément possible pour que l'offre de séjour convienne à vos besoins, vos envies et à vos attentes.

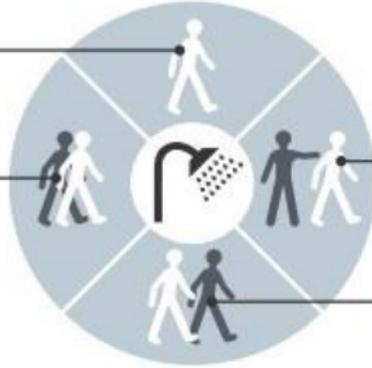
VOTRE VIE QUOTIDIENNE AU NIVEAU DE VOTRE HYGIÈNE

Merci d'entourer l'accompagnement qui vous correspond :

Vie quotidienne (repas, toilettes, habillement) :

Pas de besoin spécifique d'accompagnement

Aide totale : prise en charge par l'accompagnant de la plupart ou de la totalité des gestes de la vie quotidienne



Stimulation verbale : simple consigne orale (rappel) ou aide ponctuelle (1 à 2 fois/semaine maxi)

Aide partielle ou guidance : accompagnement quotidien physique ou verbal nécessaire dans certains des gestes de la vie quotidienne

Vie sociale et comportement :

Pour définir un accompagnement qui vous convienne, nous aurions besoin d'en savoir un peu plus...

Faites-vous votre toilette : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale

Vous douchez-vous : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale

Avez-vous l'habitude de prendre : Un bain Une douche Les deux

A quelle fréquence ? :

Vous brossez-vous les dents : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale

Vous rasez-vous : Seul Avec un accompagnement Avec une guidance verbale

Vous coiffez-vous : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale

Reconnaissez-vous vos vêtements : Oui Non

Vous habillez-vous : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale

Changez-vous vos vêtements : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale

Vous chaussez-vous : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale

Allez-vous aux toilettes : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale

Portez-vous des protections : Oui Non

Êtes-vous énurétique : Oui Non

Êtes-vous encoprétique : Oui Non

Remarques utiles :

.....

.....

.....

VOS HABITUDES DE SOMMEIL

Pour vous proposer une chambre et un accompagnement qui vous conviennent, dites-nous un peu plus...

- A quelle heure vous levez-vous ? Le réveil est-il difficile ? Oui Non
A quelle heure vous couchez vous ? Avez-vous peur de l'obscurité ? Oui Non
Avez-vous des difficultés à vous endormir ? Oui Non
Avez-vous des rituels d'endormissement (préciser) ? Oui Non
Avez-vous des angoisses nocturnes ? Oui Non
Faites-vous des insomnies ? Oui Non Est-ce que vous vous levez la nuit ? Oui Non
Faites-vous la sieste ? Oui Non
Préférez-vous : Une chambre seul(e)
 Une chambre partagée²
Avec quelle personne souhaitez-vous partager votre chambre ?
Avez-vous déjà dormi sous une tente, caravane, mobil home : Oui Non
Avez-vous des remarques dont vous souhaiteriez nous parler ?
.....
.....

VOTRE ALIMENTATION

- Est-ce que vous mangez : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale
Est-ce que vous buvez : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale
Avez-vous des troubles et/ou difficultés alimentaires ? Oui Non
Si oui, pouvez-vous préciser : Boulimie Anorexie Potomanie
 Allergies alimentaires. Si oui, lesquelles :
 Risque de fausse route. Si oui, faut-il mixer vos aliments ? Oui Non
Faut-il gélifier votre boisson ? Oui Non
Avez-vous un régime alimentaire ? Oui Non (*fournir une copie de votre ordonnance*).
Avez-vous une contre-indication : Pour le Café Oui Non
Pour l'alcool : Oui Non
Pour certains aliments : Oui Non
Avez-vous des remarques dont vous souhaiteriez nous parler (des préférences, des rejets) ?
.....
.....

VOTRE ARGENT PERSONNEL

- Comment gérez-vous votre argent ? Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale
Connaissez-vous la valeur de l'argent ? Oui Non
Savez-vous faire des achats : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale
Avez-vous un budget tabac à respecter ? : Oui Non
Avez-vous des remarques que vous souhaiteriez partager ?
.....
.....

VOTRE COMPORTEMENT

Pour bien vous accompagner, nous avons besoin de connaître votre comportement habituel...

De manière générale, vous êtes une personne : (décrivez votre caractère)

.....
.....

Allez-vous plutôt vers : Des personnes connues Des personnes inconnues

Face à une difficulté, vous avez l'habitude de :

- Gérer Seul(e) Oui Non
- Demander de l'aide Oui Non
- Vous mettre en retrait Oui Non
- Vous montrer agressif Contre vous-même Contre les autres Contre les objets Non

Précisez :

Comment pouvons-nous vous aider face à une difficulté ?

.....
.....

Vous arrive-t-il de fuguer ? Oui Non

Avez-vous des phobies ? Oui Non

Si oui, pouvez-vous nous en dire plus ?

Avez-vous un objet « fétiche » ? Oui Non. Quel est-il ?

Avez-vous des rituels ? Oui Non

Si oui, pouvez-vous nous en dire plus ?

.....

Pouvez-vous avoir peur ou être angoissé(e) lors d'évènements particuliers : Oui Non

Si oui, lesquels :

.....

Comment pouvons-nous vous aider à vous rassurer ?

.....

Remarques utiles :

.....

VOTRE COMMUNICATION

Est-ce que vous parlez ? Oui Non

Savez-vous écrire : Seul(e) Avec un accompagnement Non

Savez-vous lire : Seul(e) Avec un accompagnement Non

Réussissez-vous à vous faire comprendre : Seul(e) Avec un accompagnement Non

Savez-vous téléphoner ? Seul(e) Avec un accompagnement Non

Communiquez-vous à l'aide : D'attitudes, un gestuel ou objets à valeur de communication

De pictogrammes, de photos ou d'autres moyens : Précisez

De cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée

Remarques utiles :

.....

.....

VOS SORTIES

- Sortez-vous seul ? Oui Non
- Sortez-vous seul en petit groupe sans accompagnement ? Oui Non
- Vous repérez-vous : Dans le temps Dans l'espace
- Savez-vous demander votre chemin ? Oui Non
- Savez-vous lire les panneaux indicateurs ? Oui Non
- Mémorisez-vous : Un lieu à atteindre Un trajet
- Êtes-vous à l'aise dans de nouveaux lieux ? Oui Non
- Supportez-vous les lieux publics ? Oui Non
- Savez-vous lire l'heure ? Oui Non
- Savez-vous rentrer à l'heure ? Oui Non

VOS ACTIVITÉS ET LOISIRS

- Savez-vous choisir parmi plusieurs activités ? Seul(e) Avec un accompagnant Non
- Pour vous aider à choisir nous pouvons utiliser :
- Un texte de présentation de l'activité
 - Une photo ou une image de l'activité
 - Une présentation ou explication orale
- Pratiquez-vous régulièrement : Une activité sportive Un loisir Si oui
quoi :
- Quelles sont vos activités régulières, vos centres d'intérêts, vos passe-temps (dessins, peinture, lecture.) ?
.....
.....
- Avez-vous une contre-indication à la baignade ? Oui Non
- Savez-vous nager ? Oui Non

C'EST QUOI LES VACANCES ?

- Pour vous les vacances c'est plutôt :
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Faire du sport | <input type="checkbox"/> Faire des randonnées | <input type="checkbox"/> Faire des Jeux de société |
| <input type="checkbox"/> Détente et Repos | <input type="checkbox"/> Faire des visites | <input type="checkbox"/> Voir d'autres personnes |
| <input type="checkbox"/> Voir des animaux | <input type="checkbox"/> Être à la Mer | <input type="checkbox"/> Aller au restaurant |
| <input type="checkbox"/> Être à la Campagne | <input type="checkbox"/> Se baigner | <input type="checkbox"/> Sortir le soir |
| <input type="checkbox"/> Bien manger | <input type="checkbox"/> Boire un verre au bar | <input type="checkbox"/> Faire des activités nautiques |
| <input type="checkbox"/> Faire la grasse matinée | <input type="checkbox"/> Ne rien faire | |

Une demande particulière ? :

.....



Autorisation de diffusion de mon image

Je m'appelle :



Je suis d'accord pour que **le service parenthèses**
utilise mon image pour :



	 oui	 non
• le catalogue des séjours d'été et d'hiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le site internet et les réseaux sociaux par exemple sur facebook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des flyers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des cadres photos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des albums souvenirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Je ne recevrai pas d'argent pour l'utilisation de mon image.



Parenthèses utilise mon image en faisant attention au respect de ma vie privée.

Les images sont prises pendant les séjours vacances.

Fait à le / /

Je signe :

Santé – Informations Médicale - CONFIDENTIEL

Les informations contenues dans ce document sont confidentielles, elles sont destinées aux professionnels de santé

Numéro de sécurité sociale :

Caisse d’Affiliation :ALD 100% : oui non

Mutuelle : Numéro de Carte de Mutuelle :

Pour le séjour : Fournir la carte vitale et la carte mutuelle

Nom, Prénom, Adresse et téléphone du Médecin Traitant :

Est-il joignable pendant le séjour ? : oui non

Si la réponse est négative, Nom, Prénom du médecin joignable pendant le séjour :

.....

Déficiences : Intellectuelle Cognitive Motrice Sensoriel Psychique

Autres Pathologies associées :

Groupe Sanguin : Taille : Poids :

Vaccination Tétanos (ou DTP, Tetracoq...) à jour : oui non

Vaccination Hépatite B à jour : oui non

Ordonnance du : prescrite par :

(fournir l’ordonnance lors du séjour)

Autres prescriptions complémentaires utiles :

Lieu, date et signature :

Le Vacancier :

Le Mandataire si nécessaire

Le Médecin

Autorisation d’hospitalisation et/ou d’intervention chirurgicale

Nous, soussignés, le vacancier et/ou son mandataire : NOM et Prénoms

.....

Autorisons le transfert à l’Hôpital par un service d’urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d’urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie sur la personne dénommée ci-dessous (Nom et prénoms) :

Fait à le

Signature du Vacancier et/ou du Mandataire :