



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 : 06 86 42 83 20

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.

Séjours familles

VOS HABITUDES DE VIE

PHOTO
OBLIGATOIRE

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 documentation du séjour :

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

Choix de vos vacances (sur mesure ou clés en main) :

Lieu des vacances :

Dates souhaitées des vacances en famille :

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.

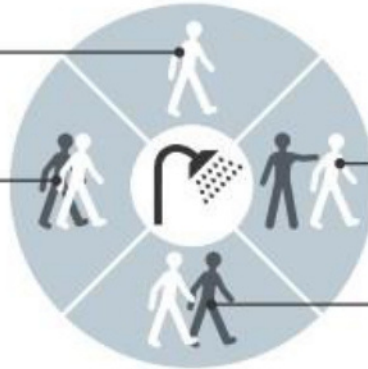
VOTRE VIE QUOTIDIENNE AU NIVEAU DE VOTRE HYGIÈNE

Merci d'entourer l'accompagnement qui vous correspond :

Vie quotidienne (repas, toilettes, habillage) :

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 familles	<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 familles.

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 :