





**DOSSIER D’INSCRIPTION**

**PHOTO OBLIGATOIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **VOS HABITUDES DE VIE**Numéro de dossier (ne pas remplir) : NOM : ………………........ Prénom : ………………………Adresse : …………………………………………………………………………….................Code postal .................... Ville : ...........................................Né(e) le : ……………………………………… Sexe : Masculin □ Féminin □ Etablissement fréquenté pendant l’année : .........................................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 : ........................................**( Le numéro indiqué doit être impérativement joignable pendant toute la durée du séjour)**Adresse mail ou postale pour l'envoi de la convocation :.................................................................................................................Adresse mail ou postale pour l'envoi du devis et de la facture :.............................................................................................................................................................................................................. | **TRANSPORTS :** Avez-vous un moyen de transport pour venir en séjour : ☐ Oui ☐ NonVous souhaitez que Parenthèses prenne en charge votre transport pour venir sur le séjour : ☐ Oui ☐ NonPoint de rassemblement **Départ** : .......................................Date de départ :............................................... Point de rassemblement **Retour** : ........................................Date de retour : .................................................................**(vous trouverez le détail des possibilités de transport Parenthèses dans les informations générales et pratiques des séjours)****Les informations pour le convoyage seront à adressées à :** NOM : …………………………Prénom : …………………………Adresse :……………………………………………….............................Code postal .................... Ville : ...........................................Mail : ................................................................................Téléphone : ........................................ |

**Séjour choisi** :

|  |  |
| --- | --- |
| **JE VIENDRAI EN VACANCES AVEC :**[ ]  Une canne [ ]  Un déambulateur[ ]  Un fauteuil roulant manuel  Si oui, pliant : [ ]  Oui [ ]  Non[ ]  Un fauteuil roulant électrique Si oui, dimensions :Hauteur : *......* cm Largeur : *......* cm Profondeur : *......* cm Poids : *......* kgUtilisez-vous ce moyen de déplacement:[ ]  Tout le temps [ ]  ParfoisDevons-nous prévoir une location de matériel médical ? : **(Nous louons le matériel, ordonnance obligatoire 1 mois avant le début du séjour)** [ ]  Oui [ ]  Non[ ]  Lève-personne (si oui il est fortement recommandé de venir avec ses propres sangles)[ ]  Verticalisateur[ ]  Lit médicalisé Si oui, [ ]  Barrières [ ]  Potence[ ]  Siège de douche | **DEPLACEMENTS** :Marchez-vous seul(e) ?: [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  + de 1h [ ]  30 minutes Avez-vous besoin : [ ]  D’un fauteuil confort [ ]  D’un déambulateur [ ]  Du bras d’un accompagnant [ ] AutresPrécisez: ...................................................................................................Appréciez-vous être dans des lieux publics et animés ? [ ]  Oui [ ]  NonPouvez-vous monter seul(e) dans un minibus ? [ ]  Oui [ ]  NonJ’ai un appui plantaire (je peux m’appuyer sur mes jambes pour faire un transfert) [ ]  Oui [ ]  NonUtilisez-vous un véhicule PMR avec rampe d’accès au quotidien ? [ ]  Oui [ ]  Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **HYGIENE :** Faites-vous votre toilette seul(e) : [ ]  Oui [ ]  Non Vous douchez-vous seul(e) : [ ]  Oui [ ]  Non Avez-vous l’habitude de prendre : [ ]  Un bain [ ]  Une douche A quelle fréquence ? : ............................................Vous brossez-vous les dents seul(e) : [ ]  Oui [ ]  Non Vous rasez-vous seul(e) : [ ]  Oui [ ]  Non Vous coiffez-vous seul(e): [ ]  Oui [ ]  Non Reconnaissez-vous vos vêtements seul(e): [ ]  Oui [ ]  Non Vous habillez-vous seul(e) : [ ]  Oui [ ]  Non Allez-vous aux toilettes seul(e) : [ ]  Oui [ ]  Non Portez-vous des protections : [ ]  Oui [ ]  Non Êtes-vous énurétique : [ ]  Oui [ ]  NonÊtes-vous encoprétique : [ ]  Oui [ ]  NonRemarques utiles : *.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................* | **COMPORTEMENT :** Merci d’indiquer les attitudes à adopter, les précautions et les vigilances... Allez-vous plutôt vers : [ ]  Des personnes connues [ ]  Des personnes inconnuesFace à une difficulté, vous avez l’habitude de :Gérer Seul(e) [ ]  Oui [ ]  Non Demander de l’aide [ ]  Oui [ ]  NonVous mettre en retrait [ ]  Oui [ ]  NonVous montrez agressif [ ]  Contre vous-même [ ]  Contre les autres  [ ]  Contre les objets [ ]  NonComment pouvons-nous vous aider face à une difficulté ? *...................………………………………………........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*Vous arrive-t-il de fuguer ? [ ]  Oui [ ]  Non  Avez-vous des phobies ? [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, lesquelles ?*................................................................................................*Avez-vous un objet « fétiche » ? [ ]  Oui [ ]  Non. Quel est-il ? .*.............................................................................*Avez-vous des rituels ? [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, pouvez-vous nous en dire plus ? ............*..................................................**............................................................................................................................*Pouvez-vous avoir peur ou être angoissé(e) lors d’évènements particuliers : [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, lesquels *:...................................................................................................**.......................................................................*Comment pouvons-nous vous aider à vous rassurer ?*.......................................**............................................................................................................................**............................................................................................................................* |
| **TRAITEMENTS :** Avez-vous un traitement médicamenteux : [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, à quel moment dans la journée ?  [ ]  Au réveil [ ]  Matin [ ]  Midi [ ]  Après-midi [ ]  Soir [ ]  CouchéHabituellement, êtes-vous autonome pour le prendre ? [ ]  Oui [ ]  NonPréparez-vous seul votre pilulier ? [ ]  Oui [ ]  NonAvez-vous des gouttes oculaires ? [ ]  Oui [ ]  Non - *les gouttes de confort ( hydratation des yeux) peuvent être appliquées par les animateurs sur le séjour.**Avez-vous une contraception ?* [ ]  Oui [ ]  NonEtes-vous épileptique ? [ ]  Oui [ ]  NonEst-ce que votre épilepsie est stabilisé : [ ]  Oui [ ]  NonDate de la dernière crise : ..................................................Avez-vous un protocole médicamenteux en cas de crise ? [ ]  Oui [ ]  NonSi oui lequel : ........................................................................................................................................Pouvez-vous nous en dire plus ?.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................La vigilance s'impose - Syndicat Français Des Ostéopathes L’ensemble des traitements médicamenteux (ex : loxapac, ...) liquide doivent être préparé par une infirmière. Les animateurs ne sont pas habilités à les préparer afin de les distribuer aux vacanciers pendant le séjour. **SI POSSIBLE, PASSER LE TRAITEMENT EN GELULE**. Sinon, prévoir une ordonnance pour un passage infirmier pendant le séjour pour la préparation du traitement. |
| **Avez-vous besoin d’un passage infirmier** [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, précisez les actes (Normacol, mise de bas de contention, soin cutané, préparation de médicaments,...) / Soyez le plus précis possible (moment et temps d’intervention...) :.....................................................*..............................................................**........................................................................................................................................................................................................* |

|  |  |
| --- | --- |
| **SOMMEIL**Votre heure de lever ? *………………...........* Le réveil est-il difficile ? [ ]  Oui [ ]  NonVotre heure de coucher? *………………......* Avez-vous : peur de l’obscurité ? [ ]  Oui [ ]  Nondes difficultés à vous endormir ? [ ]  Oui [ ]  Nondes rituels d’endormissement (préciser) ? [ ]  Oui [ ]  Non *.................................................................*des angoisses nocturnes ? [ ]  Oui [ ]  NonEst-ce que vous vous levez la nuit ? [ ]  Oui [ ]  Non Faites-vous la sieste ? [ ]  Oui [ ]  NonPréférez-vous : [ ]  Une chambre seul(e) [ ]  Une chambre partagée2Avec quelle personne souhaitez-vous partager votre chambre ? *.....................................................................* | **ALIMENTATION**Est-ce que vous mangez seul(e) : [ ]  Oui [ ]  NonEst-ce que vous buvez seul(e) : [ ]  Oui [ ]  NonAvez-vous des troubles et/ou difficultés alimentaires ? [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, pouvez-vous préciser : [ ]  Boulimie [ ]  Anorexie [ ]  PotomanieAvez-vous ? [ ]  Des allergies alimentaires. Si oui, lesquelles : ..........................................[ ]  Des risque de fausse route ?Si oui, faut-il mixer vos aliments ? [ ]  Oui [ ]  NonFaut-il gélifier votre boisson ? [ ]  Oui [ ]  NonAvez-vous un régime alimentaire ? [ ]  Oui [ ]  Non ***(fournir une copie de votre ordonnance 1 mois avant le début du séjour).***Remarques : .................................................................................................................................................................................................Avez-vous une contre-indication : Pour le Café [ ]  Oui [ ]  NonPour l’alcool : [ ]  Oui [ ]  NonPour certains aliments : [ ]  Oui [ ]  Non |
| **COMMUNICATION :**Est-ce que vous parlez ? [ ]  Oui [ ]  NonSavez-vous lire / écrire : [ ]  Oui [ ]  Non  Savez-vous téléphoner ? [ ]  Seul(e) [ ]  Avec un accompagnement [ ]  NonCommuniquez-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 codifiéeRemarques utiles :..............................................................................................................................................Savez-vous choisir parmi plusieurs activités ? ☐ Seul(e) ☐ Avec un accompagnant ☐ NonPour 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 |

|  |
| --- |
| **SORTIES**Sortez-vous seul ? [ ]  Oui [ ]  NonSortez-vous seul en petit groupe sans accompagnement ? [ ]  Oui [ ]  Non Vous repérez-vous : [ ]  Dans le temps [ ]  Dans l’espaceAvez-vous une contre-indication à la baignade ? [ ]  Oui [ ]  NonSavez-vous nager ? [ ]  Oui [ ]  NonSavez-vous demander votre chemin ? [ ]  Oui [ ]  NonSavez-vous lire les panneaux indicateurs ? [ ]  Oui [ ]  Non Mémorisez-vous : [ ]  Un lieu à atteindre [ ]  Un trajetÊtes-vous à l’aise dans de nouveaux lieux ? [ ]  Oui [ ]  Non Supportez-vous les lieux publics ? [ ]  Oui [ ]  NonSavez-vous lire l’heure ? [ ]  Oui [ ]  Non Savez-vous rentrer à l’heure ? [ ]  Oui [ ]  Non |
| **ARGENT PERSONNEL**Savez-vous gérer votre argent ? [ ]  Oui [ ]  NonConnaissez-vous la valeur de l’argent ? [ ]  Oui [ ]  NonSavez-vous faire des achats seul(e) : [ ]  Oui [ ]  NonAvez-vous un budget tabac à respecter ?: [ ]  Oui [ ]  NonSavez-vous gérer votre consommation seul ?: [ ]  Oui [ ]  Non Si non, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?................................................................................................................ |



**Santé – Informations Médicales - CONFIDENTIEL**

Les informations contenues dans ce document sont confidentielles.

## 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 :

*............................................................................................................................................................................*

Déficience : 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

Lieu, date et signature :

Le Vacancier : Le Mandataire si nécessaire

**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 :**