

**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 ☐ Non  Vous souhaitez que Parenthèses prenne en charge votre transport pour venir sur le séjour : ☐ Oui ☐ Non  Point 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 : ........................................ |

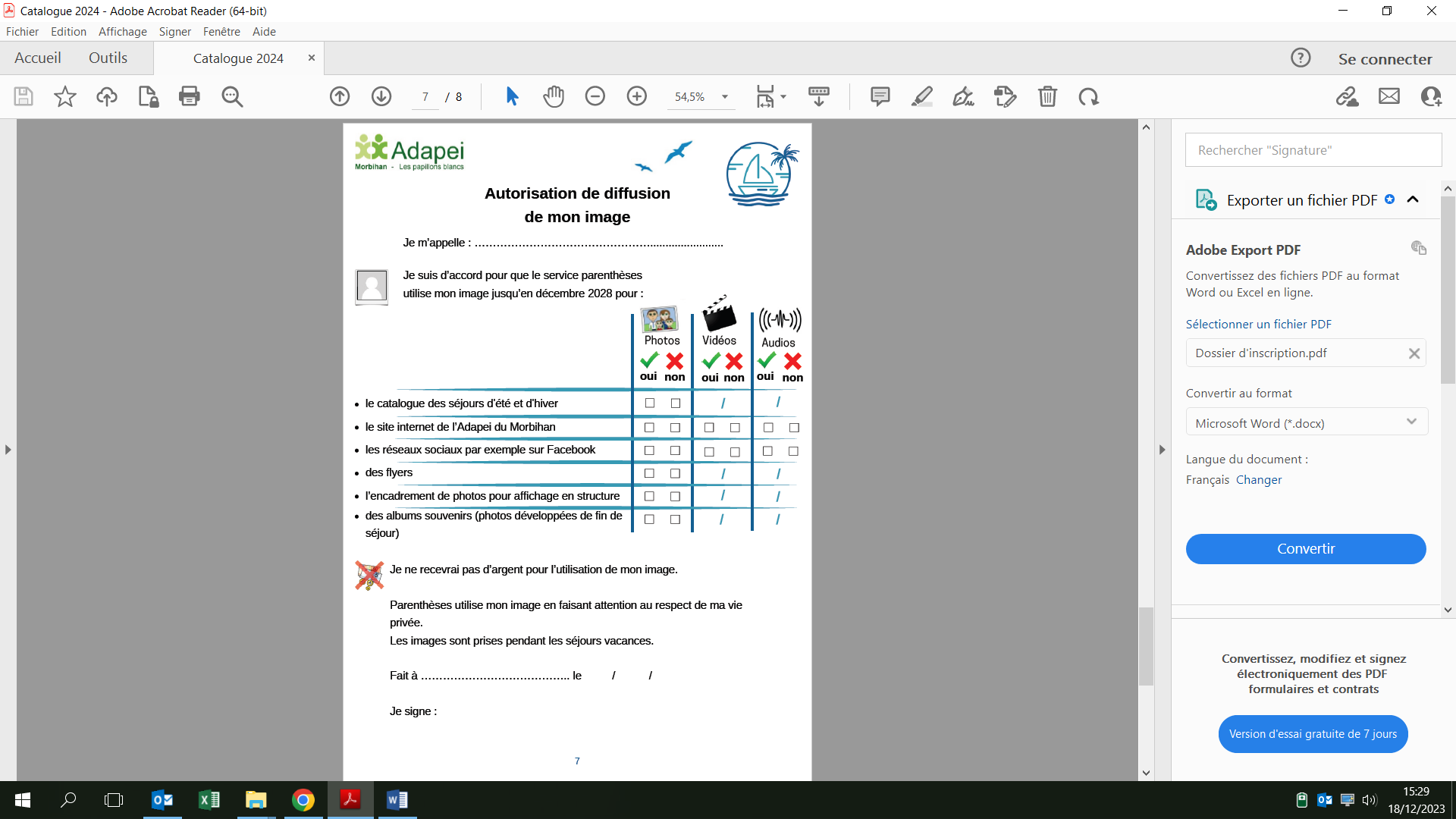
**Séjour choisi** :

|  |  |
| --- | --- |
| **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 : *......* kg  Utilisez-vous ce moyen de déplacement: Tout le temps  Parfois  Devons-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 Autres  Précisez: ...................................................................................................  Appréciez-vous être dans des lieux publics et animés ?  Oui  Non  Pouvez-vous monter seul(e) dans un minibus ?  Oui  Non  J’ai un appui plantaire (je peux m’appuyer sur mes jambes pour faire un transfert)  Oui  Non  Utilisez-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  Non  Êtes-vous encoprétique :  Oui  Non  Remarques utiles : *.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................* | **COMPORTEMENT :**  Merci d’indiquer les attitudes à adopter, les précautions et les vigilances...  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 montrez agressif  Contre vous-même  Contre les autres  Contre les objets  Non  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, lesquelles ?*................................................................................................*  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 ?*.......................................*  *............................................................................................................................*  *............................................................................................................................* |
| **TRAITEMENTS :**  Avez-vous un traitement médicamenteux :  Oui  Non  Si oui, à quel moment dans la journée ?  Au réveil  Matin  Midi  Après-midi  Soir  Couché  Habituellement, êtes-vous autonome pour le prendre ?  Oui  Non  Préparez-vous seul votre pilulier ?  Oui  Non  Avez-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  Non  Etes-vous épileptique ?  Oui  Non  Est-ce que votre épilepsie est stabilisé :  Oui  Non  Date de la dernière crise : ..................................................  Avez-vous un protocole médicamenteux en cas de crise ?  Oui  Non  Si 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  Non  Votre heure de coucher? *………………......*  Avez-vous :  peur de l’obscurité ?  Oui  Non  des difficultés à vous endormir ?  Oui  Non  des rituels d’endormissement (préciser) ?  Oui  Non *.................................................................*  des angoisses nocturnes ?  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 ? *.....................................................................* | **ALIMENTATION**  Est-ce que vous mangez seul(e) :  Oui  Non  Est-ce que vous buvez seul(e) :  Oui  Non  Avez-vous des troubles et/ou difficultés alimentaires ?  Oui  Non  Si oui, pouvez-vous préciser :  Boulimie  Anorexie  Potomanie  Avez-vous ?  Des allergies alimentaires.  Si oui, lesquelles : ..........................................  Des 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 1 mois avant le début du séjour).***  Remarques : ......................................................................................  ...........................................................................................................  Avez-vous une contre-indication :  Pour le Café  Oui  Non  Pour l’alcool :  Oui  Non  Pour certains aliments :  Oui  Non |
| **COMMUNICATION :**  Est-ce que vous parlez ?  Oui  Non  Savez-vous lire / écrire :  Oui  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 :..............................................................................................................................................  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 | |

|  |
| --- |
| **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  Avez-vous une contre-indication à la baignade ?  Oui  Non  Savez-vous nager ?  Oui  Non  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 |
| **ARGENT PERSONNEL**  Savez-vous gérer votre argent ?  Oui  Non  Connaissez-vous la valeur de l’argent ?  Oui  Non  Savez-vous faire des achats seul(e) :  Oui  Non  Avez-vous un budget tabac à respecter ?:  Oui  Non  Savez-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 :**