



PHOTO
OBLIGATOIRE

DOSSIER D'INSCRIPTION

Séjour Jeune choisi : 14/17 ans

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 à la réunion d'information :

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

A noter, il vous sera demandé d'adresser un acompte de 150 € dès lors votre inscription validée par notre service. Cet acompte fera foi de validation de votre intégration au séjour.

TRANSPORTS :

Avez-vous un moyen de transport pour venir en séjour :
 Oui Non

Souhaitez-vous que Parenthèses prenne en charge votre transport pour venir sur le séjour : Oui Non

Point de rassemblement **Départ** : Siège social de l'Adapei du Morbihan 2, allée de Tréhornec – BP 116 – 56003 Vannes Cedex

Date de départ : le 22/07/2024 à 9h30

Point de rassemblement **Retour** : Siège social de l'Adapei du Morbihan 2, allée de Tréhornec – BP 116 – 56003 Vannes Cedex

Date de retour : le 27/07/2024 à 11h

Les informations pour le convoyage seront à adressées à :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal Ville :

Mail :

Téléphone :

JE VIENDRAI EN VACANCES AVEC :

Une canne/béquille 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

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 CouchéHabituellement, êtes-vous autonome pour le prendre ? 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 NonÊtes-vous épileptique ? Oui NonEst-ce que votre épilepsie est stabilisée : 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 ?



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.

Informations supplémentaires à nous fournir :**SOMMEIL**

Votre heure de lever ?

Le réveil est-il difficile ? Oui Non

Votre 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 NonFaites-vous la sieste ? Oui NonPréférez-vous : Une chambre seul(e) Une chambre partagée**ALIMENTATION**Est-ce que vous mangez seul(e) : Oui NonEst-ce que vous buvez seul(e) : Oui Non

Avez-vous des troubles et/ou difficultés alimentaires ?

 Oui Non

Avez-vous ?

 Des allergies alimentaires. / Présence d'un PAI

Si oui, lesquelles :

Avez-vous un régime alimentaire ? Oui Non (*fournir une copie de votre ordonnance 1 mois avant le début du séjour.*)

Remarques :

COMMUNICATION :Est-ce que vous parlez ? Oui NonSavez-vous lire / écrire : Oui NonSavez-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 codifiée

Remarques 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 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

Avez-vous une contre-indication à la baignade ? Oui Non

Savez-vous nager ? 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

VOS ACTIVITES DE LOISIRS

C'est quoi les vacances pour vous ?

- | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Faire du sport : quels sports | <input type="checkbox"/> Faire des randonnées |
| <input type="checkbox"/> Détente & Repos | <input type="checkbox"/> Faire des visites |
| <input type="checkbox"/> Voir des animaux | <input type="checkbox"/> Être à la mer |
| <input type="checkbox"/> Etre à la campagne | <input type="checkbox"/> Se baigner |
| <input type="checkbox"/> Bien manger ! | <input type="checkbox"/> Boire une boisson au bar, manger une crêpe/gaufre/glacé |
| <input type="checkbox"/> Faire la grasse mat' | <input type="checkbox"/> Ne rien faire |
| <input type="checkbox"/> Aller au resto | <input type="checkbox"/> Faire des jeux collectifs |
| <input type="checkbox"/> Faire des jeux de sociétés | <input type="checkbox"/> Voir d'autres personnes |
| <input type="checkbox"/> Faire des activités nautiques | <input type="checkbox"/> Etre à la montagne |
| <input type="checkbox"/> Danser ! | <input type="checkbox"/> Ecouter des histoires, des contes, des balades |
| <input type="checkbox"/> Ecouter de la musique | |

Une demande particulière :

DROIT À L'IMAGE AUTORISATION (Vidéo Parenthèses)

Je soussigné(e).....autorise l'Adapei du Morbihan par la présente autorisation, à utiliser l'image de mon enfant dénommé ci-après et dont je suis le représentant légal (*rayez la mention inutile et compléter le cas échéant*),

Les photos et / ou vidéos ont été prises à l'occasion des Séjours Jeunes proposés par le service Parenthèses **pendant les vacances scolaires 2024.**




La présente autorisation, donnée à titre gracieux et à but non commercial, est limitée à une durée de **10 ans** à compter de la présente, et aux seuls usages suivants :

- **Vidéo de Présentation du service Parenthèses** Vous pourrez visionner la vidéo sur le site internet de l'Adapei du Morbihan sous réserve de validation de droit à l'image de l'ensemble des personnes présente dans la vidéo.

J'autorise le service Parenthèses à fixer, reproduire et communiquer ces images.

Oui

Non

Merci d'inscrire "OUI" ou "NON" dans les cases mentionnées	 Photos	 Vidéos	 Audios
Les catalogues des séjours d'été et d'hiver			
Le site internet de l'Adapei 56			
Les réseaux sociaux par exemple sur Facebook, Insta			
Des flyers			
L'encadrement de photos pour affichage en structure			
Des albums souvenirs (photos développées de fin de séjour			
NB : Je ne recevrais pas d'argent pour l'utilisation de mon image Parenthèses utilise mon image en faisant attention au respect de ma vie privée.			

Fait à

le/...../2024

Signature
(de la personne photographiée)

Signature
(du représentant / tuteur légal)

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 :

.....

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

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 :

Brevet d'aisance aquatique : OBLIGATOIRE

Cette attestation de réussite est obligatoire pour la pratique des activités suivantes : voile, windsurf, catamaran, trimaran, croisière, optimist, wakeboard, ski nautique, kitesurf, raft, canoë kayak, eaux vives, surf des vagues, canyoning.

Si l'enfant possède une attestation d'aisance aquatique identique ou le test de saut nage, vous pouvez produire une copie de ce document en lieu et place de la présente attestation.

Si ce n'est pas le cas :

Cette attestation peut être délivrée par les autorités de l'Education Nationale dans le cadre scolaire : attestation « savoir nager », en sécurité, délivrée en application de l'article D.312-47-2 du code de l'éducation.

Par ailleurs, une attestation « Pass nautique » peut également être délivrée par une personne titulaire du :

- Titre de maître-nageur sauveteur
- BNSSA
- BEES dans l'activité nautique et aquatique considérée

A noter, les enfants inscrits en École de Natation passent gratuitement le Sauv'nage (ENF1) pendant l'année. Ce test de la Fédération Française de Natation prouve l'aisance aquatique de votre enfant et sa capacité à sortir de l'eau sans soucis, au même titre qu'une attestation.