

Dossier d'inscription



Le service ne donnera pas de confirmation de séjour **avant le 12 novembre**
Merci de ne pas nous solliciter avant ce délai.

Nom :

Prénom :

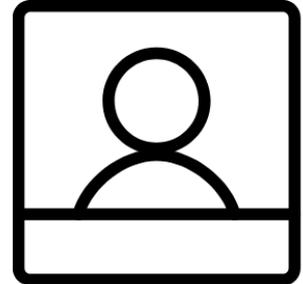


Photo obligatoire

Nous vous proposons 4 séjours la semaine du 28 décembre au 1er janvier (4 nuits)

Ce bulletin ne vaut pas inscription définitive.

Il faut remplir le dossier d'inscription et nous le renvoyer avec tous les documents attendus pour que nous puissions valider définitivement votre venue.

Le Service Parenthèses se réserve le droit de rencontrer l'établissement qui accompagne le vacancier afin de préparer au mieux le séjour.

Numéro de séjour	Lieu	Places	Dates	Nombre de jours	Tarifs
1 et 2	Séné	16	28 décembre au 1er janvier 2025	5	580€
3	Saint Cast le Guildo	8		5	560€
4	Région Parisienne	8		5	970€

Séjour n°

Lieu du Séjour

CHOIX

Le paiement du séjour

Acompte à retourner pour le 10 novembre 2024 : 250 €

Vous pouvez régler par :

Chèque

Chèques Vacances

Virement bancaire

**Adapei du Morbihan – Service Parenthèses
2 allée de Tréhornec – BP116
56003 Vannes**

Adhésion à l'Adapei du Morbihan :

Oui Non

Si vous souhaitez y souscrire contactez le siège de l'Adapei au 02 97 63 36 36
(Pauline LE PARC ou Françoise DREAN)

Assurance Multirisques sans motif :

Séjour à moins de 2 000 €

28 €

Oui Non

Vous pouvez effectuer le solde du séjour :

- En 1 fois
- En 3 fois : Merci alors d'adresser vos 3 règlements aux dates indiquées ci-dessous :
 - le 30 octobre
 - le 30 novembre
 - le 30 décembre

Toute absence de règlement total du séjour avant le 20 décembre 2024 entrainera l'annulation de l'inscription et de la participation au séjour Parenthèses.

DOSSIER D'INSCRIPTION

Séjour choisi :

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 :

Ville / Code postale :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :



Le numéro indiqué doit être impérativement joignable pendant toute la durée du séjour

= pas de secrétariat fermé à certaines périodes

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

.....

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

.....

.....

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 au 15 novembre)**

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

TRANSPORTS :

Vous souhaitez que Parenthèses prenne en charge votre transport pour venir sur le séjour : Oui Non

Si oui, **lieu de rassemblement au départ :**

IME du Bois de Liza à Séné

Foyer Prad Izel à Hennebont

Foyer La Belle Vie à Pontivy

Foyer Kerudo à Auray

Si oui, **lieu de rassemblement au retour :**

IME du Bois de Liza à Séné

Foyer Prad Izel à Hennebont

Foyer La Belle Vie à Pontivy

Foyer Kerudo à Auray

Les informations pour le convoi seront à adressées à :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal Ville :

Mail :

Téléphone :

DEPLACEMENTS :

marchez-vous seul(e) ? : Oui Non

Si oui : 2-3h sans problème + 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 NonVous douchez-vous seul(e) : Oui Non*Si la douche ne nécessite pas de soin spécifique, ce sont nos équipes qui s'en chargent.**Si des éléments peuvent nous aider, merci de nous les indiquer ci-dessous.*

Avez-vous l'habitude de prendre :

 Un bain Une douche

A quelle fréquence ? :

Vous brossez-vous les dents seul(e) : Oui NonVous rasez-vous seul(e) : Oui NonVous coiffez-vous seul(e) : Oui NonReconnaissez-vous vos vêtements seul(e) : Oui NonVous habillez-vous seul(e) : Oui NonAllez-vous aux toilettes seul(e) : Oui NonPortez-vous des protections : Oui NonÊtes-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 inconnues

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

Gérer Seul(e) Oui NonDemander de l'aide Oui NonVous mettre en retrait Oui NonVous 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 NonAvez-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 :

TRAITEMENTS :Avez-vous un traitement médicamenteux : Oui NonSi oui, nous devons **obligatoirement** avoir la copie de l'ordonnance pour le 30 novembre.**La convocation pour le séjour ne sera pas envoyé tant que nous n'avons pas le scan de l'ordonnance de traitements.****Merci de nommer l'ordonnance comme suit : NOM-Prénom-ordonnance**

A quel moment dans la journée votre traitement est pris ?

 Au réveil Matin Midi Après-midi Soir CouchéHabituellement, êtes-vous autonome pour le prendre ? Oui NonPréparez-vous seul votre pilulier ? Oui NonAvez-vous une contraception ? Oui NonAvez-vous des gouttes oculaires ? Oui Non

L'administration des gouttes par les infirmiers libéraux n'est pas pris en charge par la sécurité sociale.

Les animateurs ne sont pas habilités à les mettre, hormis les gouttes de confort.

Êtes-vous épileptique ? Oui NonEst-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 :

Autres informations médicales importantes à connaître :

.....

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, à quel moment dans la journée :

 Matin Midi Fin d'après-midi

Si oui, précisez les actes

.....



La sécurité sociale ne rembourse pas l'administration d'un traitement par gouttes ou la mise de bas de contention.

Un devis pourra vous être transmis avant le séjour pour ce type de soin.

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 partagée

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

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

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 ?



Autorisation de diffusion de mon image

Je m'appelle :



Je suis d'accord pour que le service parenthèses
utilise mon image jusqu'en décembre 2028 pour :

	 Photos   oui non	 Vidéos   oui non	 Audios   oui non
• le catalogue des séjours d'été et d'hiver	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/	/
• le site internet de l'Adapei du Morbihan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• les réseaux sociaux par exemple sur Facebook	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• des flyers	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/	/
• l'encadrement de photos pour affichage en structure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/	/
• des albums souvenirs (photos développées de fin de séjour)	<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 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 :

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 :

.....

Déficiência : 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



Je m’engage à partir en vacances avec l’original de ma carte vitale et la copie de ma carte de mutuelle.

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 :