

DOSSIER D'INSCRIPTION HANDIKOLO



Nom et Prénom du vacancier :

Sexe : Féminin Masculin

Nationalité :

Date de Naissance :

Portable :

N° de Sécurité Sociale :

Caisse d’Affiliation :

Photo d’identité

Obligatoire

Suivi en : SAVS Foyer d’hébergement Foyer de vie FAM MAS

PARTIE 1 : INFORMATIONS SUR LE SEJOUR ET DEPART

Séjour auquel le vacancier participe :

Dates : du / / 20..... Au / / 20.....

Adresse de prise en charge du DEPART :

Adresse de prise en charge du RETOUR :

ADRESSE DE FACTURATION

Adresse :

Code Postal/Ville :

RESPONSABLE LÉGAL :

Qualité : Adresse :

Code Postal/Ville : Portable(s) :/...../...../...../.....

E-mail : @

PERSONNE A CONTACTER **EN CAS D'URGENCE ou RAPATRIMENT ! (Même le week-end)** :

Adresse :

Code Postal/ Ville :

E-mail :@ Portable(s) :/...../...../...../.....

Tout dossier incomplet ou incorrect, pourra engendrer un retour immédiat du vacancier à son domicile à sa charge !

CE DOSSIER D'INSCRIPTION A ÉTÉ REVU SELON LA NOUVELLE INSTRUCTION VAO N°DGCS/SD3B/2015/233 DU 10/07/2015. Nous remercions les personnes habilitées de bien vouloir **dater et signer** (avec la mention : **certifié exact**) chacune des fiches suivantes selon les informations qui figurent en bas de chaque page.

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS AU QUOTIDIEN

Ce document doit être obligatoirement daté et signé selon les instructions dans l'encadré ci-dessous

VIE QUOTIDIENNE	Seul	Stimulation	Avec aide totale
Fait sa toilette			
Prends sa douche			
Se rase			
Se coiffe			
S'habille			
Change ses vêtements			
Reconnait ses vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			

ALIMENTAIRE	OUI	NON
Mange seul		
Boit seul		
Mange haché		
Mange mixé		
Régime alimentaire		
Précisez:		
Troubles alimentaires		
Précisez:		
Risque de fausses routes		
Addiction alimentaire		
Précisez:		

Loisirs/Activités	OUI	NON
Sait nager		
Pratique habituelle de sports et loisirs		
Si Oui, lesquelles		
Aime:		
N'aime pas:		
Contre-indications:		
Sait choisir parmi plusieurs activités		
Bonne résistance physique		
Capable d'une attention prolongée		
Peut dormir en haut d'un lit superposé		
A déjà dormi en Mobil home		

Communication	OUI	NON
Comprend		
Langage verbal		
Langage par gestes, gestes tactiles		
Utilise la LSF		
Utilise pictogrammes, dessins...		
Utilise des sons, cris, vocalises		
Aphasie		
Ecrit		
Lit		
Lit sur les lèvres		
Logorrhées		
Itérations		
Autres:		

Rythme et Repos	OUI	NON
Se couche tôt		
Se couche tard		
Se lève tôt		
Se lève tard		
Fait la sieste		
Sommeil agité		
Sommeil difficile		
Peurs/Angoisses nocturnes		
Besoin d'une surveillance nocturne PMR		
Précisez:		

	Légère	Moyenne	Complète
Déficiência visuelle ?Oui ?Non			
Déficiência auditive ?Oui ?Non			

Merci d'indiquer le nom et le prénom de la personne qui a renseigné les informations ci-dessus.

Dater et signer avec la mention : Certifié exact

PARTIE 3 : LE COMPORTEMENT

Merci d'indiquer le nom et prénom de la personne qui a renseigné les informations ci-dessus.

Daté et signer avec la mention : certifié exact

HABITUDE/COMPORTEMENT	OUI	NON
A peur du bain/douche		
Sociable		
Objet fétiche		
Rituels		
Précisez :		
Gérer son argent seul		
Sinon Précisez :		
Tendance à fuguer		
Si oui fréquence :		
Date de la dernière fugue :		
Tentative de suicide		
Date de la dernière tentative de suicide:		
Besoins:		
Troubles de la mémoire		
Crise d'angoisse		
S'isole		
Fabulations, délires		
Hallucinations		
Phobies		
Précisez:		
TOC		
Mise en danger de soi		
Automutilation		
Agressivité verbale		
Agressivité physique		
Précisez:		
Comportement exhibitionniste		
Troubles sexuels		
Précisez:		
A peur de la foule		
Potomanie		
Kleptomanie		
Peurs et craintes:		

DEPLACEMENTS	OUI	NON
Se repère dans l'espace		
Se repère dans le temps		
Mémorise un trajet		
Sait demander son chemin		
Lit l'heure		
S'adapte aux lieux nouveaux		
Fatigable		
Monte et descend un escalier sans difficulté		
Résistant à la marche		
Précisez <input type="checkbox"/> 1Km/ <input type="checkbox"/> 3Km/ <input type="checkbox"/> 5Km/ <input type="checkbox"/> 10Km		

APPAREILLAGE	OUI	NON
Protections jour/nuit		
Protections fournies par vos soins*		
<i>*Sinon achat sur place et refacturation</i>		
Besoins d'un fauteuil roulant		
Besoin de canne/béquille		
Besoin de canne blanche (vue)		
Lunettes		
Lentilles		
Appareil auditif		
Appareil dentaire amovible		
Si oui, le nettoie seul		
Chaussures orthopédiques		
Synthèse vocable/tablette		
Téléphone portable		
Bande de contention		
Bas de contention		

Tout dossier incomplet ou incorrect, pourra engendrer un retour immédiat du vacancier à son domicile à sa charge !

Merci d'indiquer le nom et le prénom de la personne qui a renseigné les informations ci-dessus.

Dater et signer avec la mention : **Certifié exact**

SANTE/MEDICAL	OUI	NON
Traitement médical		
Prend son traitement seul		
Enurésie diurne*		
Enurésie nocturne*		
Encoprésie diurne*		
Encoprésie nocturne*		
Contraceptif		
Précisez:		
Si oui, gère seul(e)		
Règles douloureuses		
Règles abondantes		
Règles aménorrhées		
Date des dernières règles:		
Hyper-Salivation		
Cardiaque		
Diabétique		
Injection insuline pendant le séjour		
Précisez fréquence:		
Gère seul ses injections		
addictions		
Précisez:		
Allergies		
Précisez:		
Asthmatique		
Date de la dernière crise:		
Epileptique		
Epilepsie stabilisé		
Date de la dernière crise:		

ALIMENTAIRE	OUI	NON
Allergie alimentaire		
Précisez:		
LOISIRS/ACTIVITES	OUI	NON
Peut se baigner avec surveillance		
Participation a une activité soutenue		
Exposition au soleil modérée		
HABITUDE /COMPORTEMENT	OUI	NON
Fumeur		
Si oui, gère seul		
Si non, Précisez:		
Peut consommer de l'alcool		
Si oui, gère seul		
Risques liés à la consommation d'alcool		
Précisez:		

*Si énurésie ou encoprésie, merci de nous fournir une alèse

Tout dossier incomplet ou incorrect, pourra engendrer un retour immédiat du vacancier à son domicile à sa charge !

Merci d'indiquer le nom et le prénom de la personne qui a renseigné les informations ci-dessus.

Dater et signer avec la mention : **Certifié exact**

PARTIE 4 : RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Fiche à remplir par le médecin obligatoirement

Médecin Traitant :

Adresse :

Code Postal/ ville :

E-mail Téléphone(s) :

Est-il joignable pendant le séjour et en cas de rapatriement sanitaire ou autre : Oui Non

Je soussigné(e),

Qualité :

Sollicite l'intervention d'un tiers médical sur le séjour pour le(s) soin(s) suivant(s) :

Injection récurrente Injection ponctuelle Prise de sang / Recueil de données Pansement Autre(s)

Précisez :

DATE DU OU DES SOINS A INDIQUER SUR L'ORDONNANCE

Une ordonnance pour les soins est nécessaire durant le séjour, pour qu'un infirmier(e) puisse venir sur les lieux

ACTES MÉDICAUX OU INFIRMIERS Nous ne pouvons accepter de prendre en charge les vacanciers nécessitant des actes médicaux ou infirmiers durant les temps de transport ainsi que durant les séjours de vacances se déroulant l'étranger. Pour les séjours en France, merci d'en informer notre agence de voyages au plus tôt.

SÉJOURS AVEC TRANSPORT AÉRIEN Toute détention de médicaments doit pouvoir être obligatoirement justifiée par une prescription médicale.

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX Toute avance de frais médicaux engagée par notre agence donnera lieu à une demande de remboursement qui sera adressée au responsable légal. Les justificatifs originaux de soins lui seront retournés dès réception du règlement.

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN TRAITANT

Tout dossier incomplet ou incorrect, pourra engendrer un retour immédiat du vacancier à son domicile à sa charge !

PARTIE 5 : AUTORISATION DE FRAIS ET AUTRES

Je soussignée....., en tant que, déclare avoir pris connaissance de l'inscription du majeur dénommé.....et je m'engage à rembourser **les frais médicaux avancés par HANDIVAO**

J'autorise HANDIKOLO à **faire le transfert à l'hôpital par un service d'urgence** (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation chirurgicale y compris une anesthésie sur la personne.

J'autorise HANDIKOLO à **diffuser, la (ou les) photographie(s), à reproduire sur tout support et par tous procédés me représentant**. Les œuvres précitées seront utilisées par HANDIVAO à fins de communiquer sur les services de voyages adaptés-accompagnés proposés aux personnes en situation de handicap par l'agence. L'autorisation porte exclusivement sur une diffusion par ou sous le contrôle direct de HANDIVAO, sur support papier (plaquette, brochure d'information, affiche) ou dématérialisé, via Internet et en particulier sur le site de HANDIVAO et la page Facebook BEHANDI. Les légendes ou commentaires accompagnant la diffusion des œuvres ne devront pas porter atteinte à ma réputation, à ma vie privée, à mon intégrité.

MERCI DE FAIRE PARVENIR LE DOSSIER D'INSCRIPTION AVEC LE DEVIS SIGNE POUR VALIDER LA PLACE DU VACANCIER !

Nous faire parvenir par mail ou par courrier :

- dossier d'inscription
- devis signé et daté
- copie de la carte vitale + attestation mutuelle + carte d'identité

Tout dossier incomplet ou incorrect, pourra engendrer un retour immédiat du vacancier à son domicile à sa charge !

Merci d'indiquer le nom et le prénom de la personne qui a renseigné les informations ci-dessus.
Dater et signer avec la mention : **Certifié exact**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
 DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt de du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MÉDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez

oui

oui

oui

non

non

non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

ARGENT DE POCHE

Document à envoyer par mail à info@handivao.fr ou bien à l'adresse suivante :
4 rue de la libération, 41240 Ouzouer-le-Marché, BEAUCE LA ROMAINE

NOM DU VACANCIER : _____ PRENOM : _____

NOM DU SEJOUR : _____

Pour l'argent de poche, merci de remplir les informations suivantes :

Montant de l'argent de poche : _____ €

Remis par (entourer) : chèque virement

Ordre du chèque « BEHANDI » et noté au dos le nom du vacancier

Libellé du virement « AGP +NOM DU VACANCIER »

Je soussigné,, atteste sur l'honneur avoir remis€ d'argent de poche à
HANDIVAO, pour le vacancier(e)

Au retour de son séjour, les dépenses seront justifiées par des tickets d'achats.

Fais le _____ A _____

Signature Responsable Légal

!!\Tout argent non remis à l'agence devra être géré par le vacancier.\!!

Aucun argent de poche ne sera accepté par les accompagnateurs lors du départ.

FICHE TROUSSEAU (à titre indicatif)

Tout vêtement ou pièce doit être marqué de manière lisible et indélébile au nom du vacancier.
Merci de fournir la quantité nécessaire de linge en fonction de la durée du séjour.

Qté	Articles	Contrôle arrivée	Contrôle départ	Qté	Articles	Contrôle arrivée	Contrôle départ
SOUS-VETEMENTS				CHAUSSURES			
	Slips ou culottes ou caleçons				Paire de baskets (adapté sport, marche)		
	Soutien-gorge				Paire de chaussures d'été (sandales)		
	Paires de chaussettes				Paire de chaussons		
POUR LA NUIT				VETEMENTS DE JOUR			
	Pyjamas ou chemise de nuit <i>Pour les énurétiques, prévoir un pyjama supplémentaire.</i>				T-Shirt		
	Alèse caoutchouc enveloppant le matelas <i>(pour les énurétiques mêmes occasionnels)</i>				Shorts ou bermudas		
TOILETTE					Chemises ou polos		
	Serviettes de toilette				Pulls		
	Gants de toilette				Pantalon ou robe ou jupe		
	Trousse de toilette complète <i>(gel douche et shampoing conseillés)</i>				Gilet		
	Serviettes hygiéniques				Survêtement ou jogging		
	Nécessaire de rasage				Vêtement de pluie type K-way		
	Sac à linge				Tenue de « soirée » <i>(facultatif)</i>		
POUR LA PLAGE				DIVERS			
	Maillots de bain <i>(slip de bain ou boxer de bain pour les hommes, pas de caleçon large).</i>				Sac à dos		
	Serviettes de plage				Protections si besoin		
	Casquette ou chapeau <i>(obligatoire)</i>						
	Crème solaire écran total						
	Paire de lunettes de soleil						

Tous les bagages devront être étiquetés au nom et prénom du vacancier et rappeler la référence du séjour et le nom de l'agence. Merci de votre compréhension.