

DOSSIER D'INSCRIPTION GROUPE



Nom et Prénom du vacancier :

Sexe : Féminin Masculin Nationalité :

Date de Naissance :

Portable :

N° de Sécurité Sociale :

Caisse d’Affiliation :

Pour les PMR :

Type de fauteuil roulant/marque (*si fauteuil*) :

Poids du vacancier : Kg Taille du vacancier :

Autonomie : LEGER MODERE SOUTENU PMR (voir fiche page 7)

Photo d’identité

Obligatoire

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

Nom de la structure d’accueil :

Travailleur en ESAT : Oui Non

PARTIE 1 : INFORMATIONS SUR LE SEJOUR ET DEPART

Séjour auquel le vacancier participe :

..... Du Au 2021

En couple sur le séjour avec :

Adresse de prise en charge du DEPART et RETOUR :

.....

.....

ADRESSE DE FACTURATION

Adresse :

Code Postal/Ville :

RESPONSABLE DE L’INSCRIPTION : NOM.....

Adresse :

@mail :

Tel :

RESPONSABLE LÉGAL :

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 ses frais !

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			
Prend 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		
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		
Peut sortir seul en séjour sans accompagnement		
Peut sortir en groupe sans accompagnement		
Peut sortir seul le soir		
Peut prendre un repas hors séjour		
Peut utiliser les transports en commun		
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 ses frais !

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
Vaccination COVID-19		
Si oui, à quelle date ?		
A contracté la COVID-19 ?		
Si oui, à quelle date ?		
Traitement médical		
Prend son traitement seul		
Besoin de soins infirmiers		
Si oui, lesquels (joindre une ordonnance) :		
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 stabilisée		
Date de la dernière crise:		

ALIMENTAIRE	OUI	NON
Allergie alimentaire		
Précisez:		
LOISIRS/ACTIVITES	OUI	NON
Peut se baigner avec surveillance		
Participation à une activité soutenue		
Exposition au soleil modérée		
HABITUDE /COMPORTEMENT	OUI	NON
Fumeur		
Besoin d'accompagnement pour la distribution		
Besoin d'accompagnement pour l'achat		
Peut consommer de l'alcool		
Si oui, gère seul(e)		
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 ses frais !

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(e) 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 ses frais !

PARTIE 5 : AUTORISATION DE FRAIS ET AUTRES



Je soussigné(e)....., 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 HANDIVAO 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 HANDIVAO 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

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.

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**

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



Quel type d'accompagnement ?

LÉGER

Degré d'autonomie : Très bonne à bonne autonomie

La personne prend totalement en charge sa vie courante (*toilette, gestion du linge*) et gère son argent de poche. Elle se repère dans le temps et dans l'espace. Elle s'exprime facilement et émet des choix dans les activités proposées. Elle n'a pas de problème moteur particulier, est très bon marcheur. Aucun problème de comportement. Personne sociable et dynamique apte à suivre un rythme de séjour soutenu. Peut avoir besoin d'un intervenant.

1 accompagnateur pour 3/4 vacanciers

MODÉRÉ

Degré d'autonomie : Moyenne autonomie - STIMULATION

La personne a besoin d'être stimulée dans les actes de la vie quotidienne (*toilette, habillement, activités*). Elle est capable d'exprimer ses besoins. Peut monter les escaliers. Se fatigue peu, effectue des balades ne nécessitant pas l'aide d'un tiers dans les déplacements. Comportement stable dans la plupart des cas. Les difficultés sont connues et gérées. A besoin d'un accompagnement lors des activités pour assurer leur bon déroulement et pour garantir la sécurité du vacancier.

1 accompagnateur pour 3/4 vacanciers

SOUTENU

Degré d'autonomie : Faible autonomie - AIDE

La personne a besoin d'être régulièrement accompagnée dans les actes de la vie courante. Difficultés à la marche, nécessitant l'aide d'un tiers. Elle peut se tenir debout et participer au transfert. Elle est dépendante d'une tierce personne dans les déplacements. Instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger. A besoin d'un accompagnement soutenu.

1 accompagnateur pour 2/3 vacanciers



RENFORCÉ

Degré d'autonomie :
Très faible autonomie

La personne a besoin d'être assistée en permanence dans les actes de la vie courante. Problèmes moteurs importants nécessitant du matériel adapté (*fauteuil/lit médicalisé/lève personne*). Comportement instable et irrégulier. Période de grande angoisse. Personne ponctuellement violente ou agressive envers elle-même (*automutilation*) ou autrui. A besoin d'une aide rapprochée et active.

1 accompagnateur
pour 1 vacancier

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

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 à « BEHANDI » et noter au dos le nom du vacancier

Libellé du virement « AGP +NOM DU VACANCIER »

GESTION LIBRE OU ACCOMPAGNEMENT

Je soussigné(e),, atteste sur l'honneur avoir remis€ d'argent de poche
à HANDIVAO, pour le/la 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.\!!

Si ce document n'est pas retourné, nous considérons que le vacancier n'a pas d'argent de poche ou n'a pas besoin d'accompagnement !



HANDIVAO

SÉJOURS DE GROUPE

FICHE TROUSSEAU ETE

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. Devra également être inscrit le nom de l'agence ainsi que du séjour. Merci de votre compréhension.