

DOSSIER D'INSCRIPTION GROUPE HANDIVAO

PARTIE 1 : INFORMATIONS SUR LE SEJOUR ET DEPART

IDENTITE DU VACANCIER

Prénom : Nom :

Date de naissance : Age :

Sexe : F M

Téléphone :

Etablissement / Foyer :

Adresse complète de prise en charge :
.....

Le vacancier est-il déjà parti avec Handivao/Behandi : oui non

Handicap : psychique moteur polyhandicap autres :

Séjour choisi et dates :

Photo d'identité

Obligatoire

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION

Prénom : Nom :

Adresse complète :

Téléphone : Mail :

RESPONSABLE LEGAL

Prénom : Nom :

Adresse complète :

Téléphone : Mail :

FACTURATION

Envoi de la facture : Responsable de l'inscription Responsable légal Autre*

*Si autre personne : Prénom : Nom :

Adresse de facturation :

Téléphone : Mail :

CONVOCATION AU SEJOUR

Envoi de la convocation par : mail courrier

Envoi de la convocation au : Vacancier Responsable inscription Autre*

*Si autre personne : Prénom : Nom :

Mail :

Adresse complète :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Responsable inscription Responsable légal Autre personne*

*Si autre personne :

Prénom : Nom :

Téléphone : Mail :

PARTIE 2 : LA VIE QUOTIDIENNE

LA TOILETTE

	Seul(e)	Stimulation	Aide totale
▪ Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Prend sa douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Se rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Se coiffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Reconnaît ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▪ Poche de stomie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
▪ Etui pénien ou vulvaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

	Jour	Nuit	Non
Enurésies *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisions sur la fréquence des changes :			
Encoprésies*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisions sur la fréquence des changes :			

*Protections à fournir en quantités adaptées pour le vacancier

Merci de nous fournir toutes informations complémentaires quant aux habitudes de toilette :

.....

.....

ALIMENTATION

	Seul(e)	Stimulation	Aide totale
▪ Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Présentation des aliments normaux hachés mixés lisses

	Oui	Non
▪ Utilise du gélifiant*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Risque de fausses routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Couverts adaptés*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* à fournir en quantités adaptées pour le vacancier

Régime alimentaire :

Addictions alimentaires :

Troubles alimentaires :

Allergies :

Merci de nous fournir toutes informations complémentaires quant aux habitudes d'alimentation :

.....

.....

RYTHME ET REPOS

	Oui	Non
Sommeil agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peurs/ angoisses nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		
Se lève la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin d'une surveillance nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quel type (retournement, changement de position, fréquences):		
.....		
Heure habituelle du coucher :		
Heure habituelle du lever :		
Informations complémentaires :		

COMMUNICATION

Compréhension	simple <input type="checkbox"/>	moyenne <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
Mode de communication	langage verbal <input type="checkbox"/>	geste <input type="checkbox"/>	cris <input type="checkbox"/> ne parle pas <input type="checkbox"/>
Ecrit	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec de l'aide <input type="checkbox"/>
Lit	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec de l'aide <input type="checkbox"/>
Possède un téléphone portable	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Informations complémentaires :			

RELATION

	Oui	Non
Sociable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'isole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, envers qui (encadrants, vacanciers, autres)		
Préconisations pour éviter/gérer ce type de difficultés ?		
.....		
En couple sur le séjour avec :		
Partage la même chambre* :		Partage le même lit* :
*merci de fournir une autorisation		

DEPLACEMENTS

	Oui	Non	
Se repère dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se repère dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatigable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marche	- de 30 minutes <input type="checkbox"/>	de 30 minutes à 1h <input type="checkbox"/>	+ de 1 heure <input type="checkbox"/>
Merci de préciser (distance, rythme, combien de mètres/km par heure) :			
.....			
Peut monter un escalier	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> avec de l'aide <input type="checkbox"/>	
Se déplace avec	Pas de matériel <input type="checkbox"/>	fauteuil <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/>	
Pour les personnes en fauteuil :			
A un appui plantaire pour les transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SORTIES

	Oui	Non
Peut sortir seul(e) sans accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est capable de rentrer à une heure fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES ACTIVITES

	Oui	Non
▪ Sait nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Peut se baigner avec surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Sait choisir parmi plusieurs activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Centre d'intérêt :

Activités pratiquées :

Activités interdites :

LE COMPORTEMENT

	Oui	Non
▪ Objet personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :		
▪ Rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :		
▪ Potomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Peur de la foule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Crise d'angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ S'isole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Fabulations, délires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Trouble de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :		

▪ Mise en danger de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------

Précisez :

▪ Automutilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------

▪ Tendance à fuguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------

Si oui, date de la dernière fugue :

▪ Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------

Si oui, date de la dernière tentative :

▪ Comportement exhibitionniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------

▪ Troubles sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------

▪ Fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------------------

Si oui, à quelle fréquence, peut-il/elle gérer seul(e) ?

▪ Peut consommer de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	--------------------------

Si oui, à quelle fréquence, peut-il/elle gérer seul(e) ?

▪ Gère son argent :	seul(e) <input type="checkbox"/>	avec de l'aide <input type="checkbox"/>
---------------------	----------------------------------	---

S'il y a des troubles du comportement, quelles solutions mettre en place afin d'éviter ou gérer les différentes situations ?

.....

.....

Partie 3 : Habitudes de vie

Éléments complémentaires (pédagogie, attitudes, à éviter ...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Vie quotidienne (recommandations médicales, toilettes, habitudes...)

.....

.....

.....

.....

.....

Comportement (relation des inconnus, encadrants, autres vacanciers, participations aux activités...)

.....

.....

.....

.....

.....

Partie 4 : Santé

Poids : kg

Taille : m

Oui

Non

▪ Traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Prend son traitement seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Vaccination COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser le vaccin :		
▪ Besoin d'une IDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, merci de préciser pour quels soins et quelle fréquence ?		
▪ Hyper-salivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Asthmatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, est-elle stabilisée ?		
Si oui, date de la dernière crise ?		
▪ Déficience visuelle		
Non voyant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal voyant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Déficience auditive		
Sourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malentendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port d'appareillage :		

Partie 5 : Matériel médical avec ordonnance à fournir

Pour la prise en charge par l'assurance maladie, le vacancier devra fournir à Handivao : attestation CPAM, carte de mutuelle et ordonnance mentionnant « location/achat du matériel requis aux dates de séjours + installation » au plus tard 1 mois avant le départ.

Le/la vacancier-ière a besoin :

	Oui	Non
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merci d'indiquer les dimensions du fauteuil :		
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec barrières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, à droite, à gauche, les deux ?		
Avec potence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, à droite ou à gauche ?		
Matelas anti-escarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matelas à air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lève personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaise de douche*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A roulette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accoudoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Les chaises de douche sont à l'achat et prise en charge une fois par an.		
Sangles*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*A l'achat. Le vacancier peut apporter ses propres sangles.

Autres, préciser :

Merci d'indiquer le prénom, nom, la date et la signature de la personne ayant rempli le dossier avec la mention certifié exact.

LE 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**).