



Dossier

Du

Vacancier

- Dossier d'inscription 2011/12
- Fiche traitement.
- Note de synthèse.
- Information au tuteur.
- Photocopie de la carte d'assuré social « carte vitale », avec son attestation.
- Prescription médicale.
- Le chèque d'acompte de 30%.
- Adhésion à l'association de 16 €.
- Le chèque de souscription à l'assurance annulation (facultatif).



Dossier d'inscription 2011/12

Séjour :

Dates : Du..... au

Supplément (selon séjour) : €.

Ville de départ : Ville de retour :

Nom :..... Prénom :

Né (e) le :.....

Sexe : M F

N° Sécurité Sociale : Mutuelle :



Joindre une photocopie de la carte de Sécurité Sociale et de la carte de la Mutuelle.

Établissement fréquenté :

Adresse : CP : Ville :

Mail (en majuscule) :

Tel : Date de fermeture : Une permanence est-elle assurée ?

Si oui, jours et heures : N° tel pers d'astreinte:

	Nom prénom	Qualité	Adresse	Code Postale	Ville	Tel
Personne Chargée de L'inscription						
Personne à Prévenir en cas d'urgence						
Adresse de facturation						

Vous désirez prendre l'assurance annulation (3,5% du coût du séjour) : OUI NON

Autorisation du responsable légal

Je soussigné (e)..... agissant en qualité de, autorise
..... à pratiquer l'ensemble des activités proposées, y compris la baignade, sauf contre-indication dûment mentionnée dans un des cadres de renseignements importants ou médicaux.

Je déclare autoriser le responsable de séjour à faire pratiquer les actes médicaux ou chirurgicaux jugés indispensables par les médecins.

Fait à Le.....

Signature :



Renseignements importants

Ils sont destinés à vérifier l'adaptation du vacancier au séjour et à guider l'encadrement

Le participant est-il déjà parti en vacances collectives ? OUI NON

La demande de participation est-elle plutôt la volonté de : l'équipe de la personne

Le choix a été plutôt déterminé par : le lieu les activités le prix l'effectif
les dates

Y a-t-il des attentes particulières quant au séjour demandé ?

AUTONOMIE, (VOIR FICHE AUTONOMIE)

A1 A2 B1 B2 B3
C1 C2 C3

Le participant peut-il :

Courir : SEUL UN PEU NON

Faire une promenade : OUI AVEC AIDE NON

Monter un escalier : OUI AVEC AIDE NON

Faire une randonnée (sac à dos) : OUI UN PEU NON

Se baigner: OUI UN PEU NON

Nager : OUI UN PEU NON

Utiliser de l'outillage : OUI UN PEU NON

A-t-il le sens de l'équilibre ? : OUI NON

Dormir dans un lit superposé : OUI NON

Parler normalement : OUI UN PEU NON

Ecrire : OUI AVEC AIDE NON

Manger : SEUL AVEC AIDE NON

S'habiller : SEUL AVEC AIDE NON

Se laver : SEUL AVEC AIDE NON



Renseignements importants, suite

Le participant exerce une activité sportive ou culturelle pendant l'année ? si oui laquelle :.....

.....

Obligations religieuses : OUI NON si oui, laquelle.....

.....

Tabac : OUI NON si oui, nombre par jour.....

Le participant suit-il un régime alimentaire : OUI NON

Si oui, précisez le type de régime :.....

.....

Est habitué à sortir seul : OUI NON

Choisit seul ses loisirs : OUI NON

Gère ses effets personnels : OUI NON

Gère son argent de poche : OUI NON

Consigne pour la distribution :

Par jour.....€ Par semaine.....€ Autre.....€

Sera en couple dans la même chambre : OUI NON

Avec.....

Courrier

L'équipe devra-t-elle s'occuper de l'envoi du courrier ? OUI NON si oui, à qui ?

Famille Etablissement Autres Précisez :.....

Adresse de vacances de la famille :.....

.....

CP :..... Ville :..... Tel :.....



Renseignements médicaux

Type de déficience mentale :.....(facultatif).

Le vacancier a-t-il des déficiences ou des difficultés physiques, si oui de quels types :.....

Porte-t-il des lunettes ? OUI NON

Porte-t-il un appareil auditif ? OUI NON

Porte-t-il un appareil dentaire ? OUI NON

A-t-il d'autres déficiences sensorielles ? OUI NON si oui, précisez :.....

Est-t-il sujet à des allergies ? OUI NON si oui, de quels types :.....

A-t-il tendance à fuguer ? OUI NON

A-t-il tendance à voler ? OUI NON

A-t-il des manifestations agressives envers lui-même ? OUI NON

A-t-il des manifestations agressives envers les autres ? OUI NON

Présente-t-il des troubles de l'orientation dans le temps ? OUI NON

Présente-t-il des pertes de mémoire ? OUI NON

Le participant prend-il des médicaments ? OUI NON

Prend-il ses médicaments seul ? OUI NON

Contraception ? OUI NON

Encoprésie : OUI NON Enurésie : OUI NON

Alcool autorisé (vin) : OUI NON

Le participant :

A-t-il souffert par le passé de maladies importantes ? OUI NON si oui, lesquelles :
.....

A-t-il subi des interventions chirurgicales ? OUI NON si oui, lesquelles :.....
.....

Renseignements médicaux, suite

Est-il atteint d'une maladie chronique ? OUI NON si oui, laquelle.....

.....

Nécessite-t-il une surveillance médicale particulière ? OUI NON

Si oui, précisez :.....

.....

L'état de santé du participant est-il incompatible avec certaines activités, proposées dans le séjour ?:

OUI NON si oui, précisez :.....

.....

Le vacancier présent-t-il des contre-indications à certains médicaments ?:

OUI NON si oui, lesquelles :.....

.....

Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? OUI NON

Médecin traitant

Nom:.....

Adresse :..... Tel :.....

Médecin psychiatre

Nom:.....

Adresse :..... Tel :.....

Traitements médicaux

Aucun personnel médical (médecin, infirmière...) n'est présent pendant le séjour. Les séjours proposés dans cette brochure ne sont pas adaptés aux personnes nécessitant la présence, même ponctuelle, de personnel médical spécialisé.

La fiche médicale qui vous est adressée par nos soins doit nous être obligatoirement retournée **même en cas d'absence de traitement avec une photocopie lisible de l'ordonnance.**

Le traitement médical doit être donné en quantité suffisante pour toute la durée du séjour. Pour le jour du départ, une enveloppe pré-imprimée vous sera fournie dans le carnet de voyage.

Un semainier nominatif devra être préparé pour chaque semaine de séjour. Dans le cas contraire, il sera fait appel à une infirmière diplômée d'état pour les préparer. **L'intervention de cette infirmière sera refacturée.** Les médicaments sont donnés par les animateurs présents sur le lieu du séjour.

Nom et qualité de la personne remplissant ce rapport

.....

.....



Note de synthèse

Nom du participant :Prénom :

Présentation générale et vie quotidienne : lever, coucher, toilette, comportement, manies.

.....
.....
.....
.....

Comportement social :

Avec le groupe :

.....
.....
.....

Avec l'encadrement :

.....
.....
.....

Loisirs :

.....
.....
.....
.....

Conseils en général :

Pour permettre la meilleure transition entre le lieu de vie habituel et le centre de vacances.

.....
.....
.....
.....
.....

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire, afin de pouvoir contacter le référent responsable pour des questions complémentaires, veuillez nous indiquer, (svp) , vos coordonnées.

Nom : Téléphone :

Dates et signature :

Cachet de l'établissement :





Information au tuteur

à remplir obligatoirement par le tuteur

Indication sur les soins et l'intervention chirurgicale dans le cadre d'une structure ou d'un séjour de vacances.

Remboursement des frais médicaux avancés par NATURE POUR TOUS.

Je soussigné,

Nom : Prénom :

Qualité :

Responsable légal du majeur protégé :

Association de tutelle :

N° de téléphone d'urgence :
(durant le séjours)

Je déclare avoir pris connaissance de l'inscription du majeur dénommé, pour le séjour de :
.....

Avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente de l'organisme NATURE POUR TOUS.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux avancés par l'organisme si nécessaire.

J'autorise Nature Pour Tous à prendre, en cas d'urgence, toutes les dispositions de soins et d'interventions chirurgicales jugées nécessaires par un médecin ou une personne habilitée.

J'ai bien noté qu'en cas d'urgence médicale, chirurgicale ou acte grave, l'organisme ou le médecin s'efforcera de contacter le tuteur ou le curateur afin d'obtenir son consentement. A défaut le consentement du seul majeur suffira.

En cas d'urgence, le médecin doit de toute façon donner les soins nécessaires .
(article 42 du code de déontologie).

Fait à, Le,

Signature :

Cachet de l'établissement :

