

BIEN REMPLIR SON DOSSIER

A LIRE ATTENTIVEMENT

(Article R. 412-11 du code du tourisme et instruction DGCS/SD3B/2015/233 du 10 juillet 2015 relative à l'organisation des séjours de vacances pour personnes handicapées majeures)

Questionnaire médical adressé préalablement à la tenue du séjour à la personne accueillie, ou à son représentant légal, afin de connaître ses besoins et ses problèmes de santé.

Ce questionnaire est strictement confidentiel, et destiné, à la fin du séjour, à être détruit.

REMARQUES IMPORTANTES

Garant du bien-être, de la sécurité, du confort de la personne accueillie et de la qualité du séjour, VACANCIA Séjours Adaptés s'adressent à des travailleurs ESAT et/ou des personnes adultes déficientes intellectuelles. Nos encadrants, pendant la période du séjour, ne sont considérés, ni comme éducateurs spécialisés, ni comme aides-soignants.

Compte tenu de notre organisation et de ces informations, nos séjours ne peuvent s'adresser aux personnes :

- Se déplaçant en fauteuil roulant
- Nécessitant un personnel médical spécialisé
- Nécessitant un accompagnement personnalisé
- Inaptes à la vie en collectivité (troubles du comportement importants)
- Dont l'épilepsie n'est pas stabilisée
- Nécessitant l'intervention d'une IDE plus d'une fois par jour

(L'intervention doit être organisée par le foyer à des horaires ne pénalisant pas la vie collective ou les activités)

- Sous traitement sous forme de gouttes à compter (solution buvable : autre que collyre, gouttes pour les oreilles et sirop sous forme de dose unique . . .)
- Pour les séjours à l'étranger : Nécessitant des soins particuliers (soins, injections...)

Lorsque vous remplissez votre dossier, PENSEZ :

- A remplir correctement « tous les champs »
- A renseigner les « Informations Complémentaires » (N'hésitez pas à nous transmettre un rapport de comportement).
- A la partie « Gestion argent personnel » et « Attestation tuteur Légal »
- Bien préciser les adresses :
- D'envoi de la confirmation de réservation
- D'envoi de la convocation
- D'envoi de la facture
- **IMPORTANT** : Dans le cadre de l'étude du dossier, il est possible que nos services aient besoins de vous contacter afin d'obtenir des compléments d'informations.

Il est donc **INDISPENSABLE** de nous indiquer (1^{ère} page du dossier de vacancier), le contact « courriel » et le téléphone direct de la personne en charge de la réservation.

- Veuillez à être le plus transparent possible dans les informations communiquées relatives à la personne inscrite

Tous les dossiers, sont étudiés et validés par nos services.

Compte tenu des informations fournies, nous nous réservons le droit de refuser l'inscription d'une personne si son comportement, son autonomie, ne correspondent pas aux critères d'accueil de nos séjours.

Il est donc essentiel de respecter les délais d'envoi du dossier (15 jours après l'inscription), afin de garantir un délais d'étude, et de demande d'informations si nécessaire.



DOSSIER DU VACANCIER

Ce document ne peut être considéré comme une fiche d'inscription, il est à nous retourner en 1 seul exemplaire au plus tard 2 semaines après la pré-inscription.

A DÉFAUT DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET, LA RÉSERVATION NE PEUT ÊTRE VALIDÉE.

Chaque dossier est étudié avant le séjour. Dans le cas où l'autonomie du vacancier ne correspond pas à celle requise au séjour nous nous réservons le droit de vous proposer une autre destination ou de refuser l'inscription.

Photo
OBLIGATOIRE
(collée
non agrafée)

SEJOUR DESIRE : _____ Date : du / / au / /
Nom et Prénom : _____ Né(e) le : / /
N° de sécurité sociale : _____ N° de portable du vacancier _____
Etablissement d'origine : _____

Êtes-vous déjà parti avec Vacancia: Oui Non si oui quel séjour : _____

TYPE DE HANDICAP : _____

TRAVAILLEUR ESAT : OUI NON - si oui domaine d'activités : _____

LIEU D'HABITATION : Foyer Appartement Parents Hôpital

EN COUPLE SUR LE SÉJOUR : OUI NON si oui avec _____

Partagent'ils la même chambre : OUI NON

Coordonnées administratives

Précisez les adresses d'envoi
de la convocation et
de la facture

	Nom et Prénom	Adresse	Code Postal	Ville	Téléphone
Personne chargée de l'inscription (joignable en cas de besoins d'information complémentaire)					
	Adresse mail :				
Adresse d'expédition des convocations Transport					
Adresse d'expédition de la facture					
Personne à prévenir en cas d'urgence (disponible 24h/24 - 7j/7 et pendant les transports)	OBLIGATOIRE				OBLIGATOIRE
	Adresse mail :				
Médecin Traitant					

Garanties (optionnelles)

GARANTIE CONTRACTUELLE ANNULATION (3,8% du prix du séjour)

OUI

NON

Garanties à valider

GARANTIE CONTRACTUELLE INTERRUPTION (1,7% du prix du séjour)

OUI

NON

**au moment
de l'inscription**

Transport (cf conditions p.10-12)

PRISE EN CHARGE TRANSPORT

OUI

NON

Transport : Nous venons vous chercher au plus proche de chez vous (cas particulier nous consulter)

PERSONNE ACCOMPAGNATRICE à l'aller : _____ au retour : _____

Portable obligatoire : _____ à l'aller : _____ au retour : _____

Est-il autorisé à rentrer seul du lieu de convocation retour à son domicile OUI NON

Si un taxi a été réservé merci de nous envoyer les informations par écrit avec les coordonnées du taxi (mail, fax, courrier) (taxi et/ou hébergement à charge du vacancier si personne ne le prend en charge sur le lieu de convocation retour)



Nom _____ Prénom : _____ SEJOUR : _____

CAPACITÉS MOTRICES ET COMMUNICATION Veillez à ce que les capacités motrices correspondent au séjour

- | | |
|---|---|
| • Difficultés motrices : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Apte aux randonnées: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Appareillage : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- si oui, quel type _____ | • Est capable de marcher <input type="checkbox"/> 1 km <input type="checkbox"/> 3kms <input type="checkbox"/> 5 kms <input type="checkbox"/> plus |
| • Problème moteur : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Peut monter un escalier <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Fatigabilité : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Chaussure orthopédique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| | • Baignade surveillée autorisée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| | • Sait nager : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

- | | |
|--|---|
| • Difficultés du langage : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Prothèse(s) auditive(s) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Si oui, se fait comprendre : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Difficultés visuelles : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Comprend ce qu'on lui dit : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Non voyant <input type="checkbox"/> Mal voyant |
| • Muet : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Porte des lunettes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Difficultés auditives : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Sait lire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Sourd : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Sait écrire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

COMPORTEMENT ET AUTONOMIE

- | | |
|--|---|
| • Troubles du comportement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Fugueur : <input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON |
| • Agressivité physique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | - si oui fréquence _____ |
| • Agressivité verbale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | - si oui élément déclencheur _____ |
| • Relation avec l'encadrement : _____ | • Kleptomanie : <input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON |
| • Relation avec le groupe : _____ | • Automutilation : <input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON |
| • Troubles de l'orientation : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Trouble du comportement <input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON |
| • Tendance à l'ethylysme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | à caractère sexuel : |
| • Apte à rester seul sur le lieu d'hébergement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • S'il existe une contre-indication médicale au libre choix de la vie sexuelle de la personne, merci de joindre un courrier confidentiel à l'attention du directeur.
<i>(* si oui merci de joindre une note explicative)</i> |

AUTONOMIE GÉNÉRALE : Grand Autonome Autonome Moyen Autonome

- | | |
|--|--|
| • Sortie seule autorisée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Se lave seul : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Gère seul son argent personnel : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Va aux toilettes seul : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Peut se vêtir seul : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Autorisation de consommation d'alcool pendant le séjour (uniquement à l'extérieur) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • S'occupe de son linge : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <i>Nota compte tenu du public accueilli l'alcool est proscrié sur les structures.</i> |
| • Possède un portable (si oui numéro): _____ | |

SANTÉ

- | | |
|---|---|
| • Traitement médical : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- si oui pris seul <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Allergies : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- si oui, lesquelles : _____ |
| • Soins médicaux nécessitant une intervention médicale extérieure : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- si oui lesquels et fréquence (joindre l'ordonnance) | • Contraceptif : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Pris seul : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- type de contraceptif _____ |
| Si les passages sont quotidiens : nous contacter | |
| • Epilepsie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- stabilisée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- si non fréquence : _____ | • Encoprésie : (si oui alèse obligatoire) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Injection (joindre ordonnance) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- si oui date : _____ | • Enurésie : (si oui alèse obligatoire) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Diabétique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- si oui insulindépendant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- si oui gère seul ses injections <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- si oui fréquence des injections _____ | • Trouble du sommeil <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Cardiaque : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Apnée: - si oui type d'appareillage _____
- si oui gère seul <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Asthmatique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Fumeur : (prévoir un budget) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- si oui quantité _____ |
| | • Appareil dentaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| | • Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- si oui lequel _____
- aliment(s) proscrié(s) : fournir une note |
| | • Repas mixés <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| | <i>Nota : les régimes spécifiques ou repas mixés nécessitent l'accord préalable de l'hébergeur (possibilité par l'hébergeur (cuisine collective) de respecter le régime).</i> |
| | • Sujet aux fausses routes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |



Nom _____ Prénom : _____
SEJOUR DESIRE : _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

IMPORTANT : A REMPLIR AVEC LE PLUS DE PRECISION POSSIBLE

Y-a t'il d'autres points, éléments, précautions sur lesquels vous souhaiteriez insister (comportement, habitudes, situation difficile, crise . . .)

AUTONOMIE AU QUOTIDIEN

HYGIÈNE : _____

MÉDICAMENTS : _____

LINGE : _____

REPAS : _____

ARGENT PERSONNEL : _____

COMPORTEMENT

RELATION AVEC LE GROUPE : _____

RELATION AVEC L'ENCADREMENT : _____

PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS : _____

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES / CONTRE INDICATIONS

CADRE RÉSERVÉ À VACANCIA



Nom _____ Prénom : _____
SEJOUR DESIRE : _____

GESTION ARGENT PERSONNEL

DATE LIMITE DE L'ENVOI AU 30 JUIN 2019

(Passé ce délai nous ne pouvons garantir la gestion de l'argent personnel par nos soins).

MONTANT : _____

N° CHÈQUE OU VIREMENT: _____

DATE / /

C/Bqe 10207	C/Guichet 00426	N°Cpte 21210966270	C/RIB 83
IBAN BIC	FR76 1020 7004 2621 2109 6627 083 CCBPPRPPMTG Titulaire du compte SAS Séjours Adaptés		

CONSIGNE DE GESTION OU DISTRIBUTION (Combien ? Périodicité ?)

A quel nom doit-être rédigé le chèque de reliquat : _____

Adresse ou le chèque doit-être retourné : _____

VACANCIA SÉJOURS ADAPTÉS vous conseille vivement de nous faire parvenir l'argent personnel de chaque vacancier (par chèque ou virement). Ceci évite tous les problèmes pouvant léser le vacancier (perte, vol ...) durant le séjour. Nous vous fournirons un décompte individuel d'argent personnel en fin de séjour pour les vacanciers n'ayant pas d'autonomie financière, nous vous restituons également le reliquat d'argent s'il y a lieu (par chèque).

NB : si la personne est de bonne autonomie et que vous demandez la distribution d'une somme importante chaque semaine, nous ne serons pas en mesure de vous fournir tous les justificatifs.

Rappel : nos animateurs ne prennent pas d'argent personnel le jour du départ.

ATTESTATION TUTEUR LEGAL

Je soussigné : _____

agissant en qualité de : _____

Nom du Vacancier : _____ Prénom du Vacancier : _____

déclare avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue VACANCIA SÉJOURS ADAPTÉS.

Je déclare en outre qu'il n'y a pas d'interdiction médicale particulière à suivre les activités proposées dans la description du séjour choisi, ainsi qu'à emprunter nos transports.

Je m'engage en outre à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par la SAS VACANCIA SÉJOURS ADAPTÉS.

Certifié exact, « lu et approuvé »

à _____ le _____

(signature et cachet)

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER :
(TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE ACCEPTÉ PAR NOS SERVICES)

- Dossier complet dûment rempli (**4 pages Impératif**)
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale ou de la carte vitale
- Photocopie de la carte mutuelle
- Copie carte européenne pour les séjours en Europe

- Photocopie de la carte d'invalidité ou attestation MDPH
- Copie de la prescription médicale dactylographiée valable pour la durée du séjour
- Photocopie de la carte d'identité (recto-verso) ou passeport pour les vols aériens.