

FICHE D'INSCRIPTION

Photo d'identité
obligatoire pour
les nouveaux
adhérents

L'AVANT-DEUX

14, rue Claude Chappe
85000 LA ROCHE SUR YON

☎ : 07 85 72 20 24

E-mail : association.avant.2@gmail.com

<http://www.avant-deux.fr>

N° adhérent :

(à remplir par l'association)

Avant de vous inscrire, vérifiez que le futur vacancier correspond bien au profil du « public concerné »

Travailleur CAT oui non lieu :
Lieu d'habitation foyer appartement parent autre :

IDENTITE

NOM : PRENOM :

Date de naissance : SEXE : M F Taille : Poids :

N° de sécurité sociale :

INSCRIT PAR

Nom (établissement, parents) :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ Portable

E-mail :

ADRESSE POUR LA FACTURATION

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎

E-mail :

EN CAS D'URGENCE OU DE RAPATRIEMENT PENDANT LE SEJOUR

NOM de la personne à contacter : ☎ : portable :

NOM de la personne chargée du rapatriement si nécessaire: ☎

CHOIX DU SEJOUR par ordre de préférence :

Séjour 1 : Date :

Séjour 2 : Date :

Séjour 3 : Date :

Pendant le séjour, les vacanciers devront posséder leurs cartes d'identité, de sécurité sociale, de Mutuelle et d'invalidité et IMPERATIVEMENT l'ordonnance en cours.

Je soussigné(e) agissant en qualité de donne pouvoir au responsable du séjour de vacances, après consultation d'un médecin, de faire donner tous les soins médicaux que nécessiterait l'état de santé du vacancier, y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale avec anesthésie ; m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par l'association durant le séjour ; m'engage à prévenir l'association de tout changement de comportement du vacancier à compter de ce jour ; autorise l'association l'avant-deux à diffuser et utiliser (DVD, site internet...) des photographies prises lors du séjour pour une durée de 1 an à compter de ce jour, sans contrepartie financière (*En cas de refus, rayer cette mention*) ; certifie avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente et des conditions d'assurance annulation et déclare toutes les accepter sans restrictions.

Certifié exact à : le

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Nom :
 Prénom :
 Autonomie (selon la grille) :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Ces renseignements sont importants, merci de remplir la fiche avec précision

<u>VIE QUOTIDIENNE</u>	<u>ETAT PHYSIQUE</u>	<u>RELATION SOCIALE</u>	<u>EXPRESSION ORALE</u>
A <input type="checkbox"/> <i>Se prend totalement en charge et aime à participer</i>	1 <input type="checkbox"/> <i>Bonne forme physique</i>	1 <input type="checkbox"/> <i>Relation sans problème et agréable</i>	1 <input type="checkbox"/> <i>Bonne compréhension et bonne expression</i>
B <input type="checkbox"/> <i>Demande de l'aide pour la toilette, l'argent de poche ou la prise des médicaments. participe mais avec une incitation</i>	2 <input type="checkbox"/> <i>Pas de problème particulier, mais tendance à se fatiguer</i>	2 <input type="checkbox"/> <i>Relations compliquées, mais sans violence. Possibilité de replis sur soi</i>	2 <input type="checkbox"/> <i>Compréhension générale mais expression pauvre</i>
C <input type="checkbox"/> <i>A besoin d'une aide permanente pour la vie quotidienne, nécessitant des locaux appropriés</i>	3 <input type="checkbox"/> <i>marche très peu et avec une aide (tiers, appareillage particulier ou fauteuil)</i>	3 <input type="checkbox"/> <i>Grandes angoisses. Risque de violence pour lui et les autres</i>	3 <input type="checkbox"/> <i>Ne s'exprime pas ou avec grande difficulté</i>
	4 <input type="checkbox"/> <i>Personne en fauteuil permanent</i>		

1-NATURE DU HANDICAP : le participant est-il :

	OUI	NON	
<i>Epileptique</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>stabilisé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non depuis quand :</i>
<i>Enurétique le jour</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>se prend-il en charge <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</i>
<i>Enurétique la nuit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>se prend-il en charge <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</i>
<i>Encoprétique</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>se prend-il en charge <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</i>
<i>Asthmatique</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>traitement :</i>
<i>Allergique</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>précisions :</i>
<i>Cardiaque</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>traitement :</i>
<i>Diabétique</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>traitement :</i>
<i>Régime alimentaire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>précisions :</i>
<i>Contraception</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Précisions sur des éventuels antécédents médicaux et/ou psychiatriques ou traitement actuel (Veuillez nous joindre l'original de l'ordonnance):

Contre-indications :

Injection (Joindre l'original de l'ordonnance) OUI NON date de l'injection :

2-NIVEAU D'AUTONOMIE

<u>VIE QUOTIDIENNE</u>	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
<i>Toilette</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Repas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Habillement</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>S'occupe de son linge</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>PHYSIQUE</u>	OUI	NON	OUI	NON
<i>Trouble de la vue</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>trouble de l'ouïe</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Bon marcheur</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>fatigable</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Trouble de l'orientation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>baignade autorisée</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Sait nager</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>trouble de l'équilibre</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Besoin d'un fauteuil</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Si oui, en permanence ou pour les déplacements

Sports ou activités déconseillés :

3- COMPORTEMENT ET RELATIONS AUX AUTRES

	OUI	NON	OUI	NON
<i>Difficulté de compréhension</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>tendance à l'isolement</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Difficulté d'élocution</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>trouble du sommeil</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Manifestations agressives</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>tendance à fuguer</i>	<input type="checkbox"/>
- envers lui-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>peurs, phobies :</i>	
- envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>habitudes (jour/nuit) :</i>	
- fait déclencheur :				

Remarques particulières et précisions sur le trouble du sommeil ou autre :

Précisez si le vacancier est déjà parti en vacances avec une autre association, la durée du séjour :

Remarques :

FICHE DE LIAISON

Cachet, date et signature obligatoire du médecin traitant

LE VACANCIER

M-Mme Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville : Tél : Portable :
Date de naissance : N° Sécu :
Travailleur Esat : oui non Lieu :
Lieu d'habitation : Foyer Appartement Parent Autres

PERSONNE À CONTACTER PENDANT LE SÉJOUR (24h/24h et 7j/7j)

Nom (établissement, parents) : Prénom :
Adresse :
CP : Ville : Tél : Portable :
E-Mail : Tél médecin traitant :
Psychiatre : Tél psychiatre :

Antécédents médicaux et/ou psychiatriques :

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

Contre-indication :

.....
.....

Allergies :

.....
.....

Traitement actuel :

Ordonnance jointe (photocopie pour le dossier d'inscription, original pour le séjour).

Troubles du comportement :

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

Consignes particulières :

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

Appareillage éventuel :

Lunettes : oui non
Appareil auditif : oui non
Fauteuil : oui non
Si oui : pour les déplacements
 en permanence

Date :

Cachet et signature du médecin traitant

(joindre la copie de la prescription médicale)