

PROCÉDURE D'INSCRIPTION ÉTÉ 2017

(à suivre pour que l'inscription du vacancier soit prioritaire et prise en compte dans les délais minimum. Merci de votre compréhension)

Ouverture des inscriptions à partir du lundi 9 janvier 2017



1. Déterminez l'autonomie du vacancier
2. Choisissez votre séjour
3. Contactez nous (téléphone ou **mail**) pour vérifier la disponibilité du séjour choisi
4. Envoyez le bulletin d'inscription + cotisation (si 1er séjour en 2017) + le dossier de renseignements complet + le chèque d'acompte du séjour concerné intégrant l'assurance optionnel + les attestations : CPAM , Mutuelle, Responsabilité Civile + Traitement Médical du vacancier + Photocopie de la carte d'invalidité et de la Carte d'identité.



L'ensemble des documents est nécessaire pour bloquer la place du vacancier et aucune pré-réservation n'est possible.

5. **Si possible, nous vous invitons à nous envoyer l'ensemble de ces documents par mail.** Cela vous permettra de garder une traçabilité, d'économiser du papier, des timbres et d'un traitement plus rapide par nos services.
6. **Dès la mi-mars directement sur notre site internet, vous pouvez consulter les horaires et le lieu de départ ainsi que ceux du retour du séjour.**
7. L'argent de poche du vacancier peut nous être adressé soit par chèque soit par virement au plus tard **2 mois avant le début du séjour ou remis en espèces directement au responsable du séjour**, sur le lieu de départ.
8. Le solde du séjour doit être réglé avant le **1 mois avant le début du séjour.**

Afin de préparer au mieux votre séjour de vacances, nous vous demandons :

De prévoir :

1. Un **pique-nique** pour le trajet de départ (si demandé dans le courrier de départ).

De remettre au responsable du séjour le jour du départ :

2. Les **médicaments** du midi et du soir dans deux enveloppes distinctes au nom du vacancier.
3. Les **médicaments** pour **le reste du séjour dans un pilulier sécurisé** (voir le détail dans nos conditions générales).
4. Pour la correspondance du vacancier, merci de prévoir des **enveloppes libellées et timbrées.**
5. La carte vitale

Information complémentaire :

- Pour l'ensemble de nos séjours, les draps sont fournis. A votre charge de prévoir les alèses et toutes protections nécessaires si besoin.
Nous ne fournissons pas de liste « Trousseau ».

- **Pour toutes urgences et uniquement les soirs et week-ends au cours du séjour, un numéro d'astreinte est disponible 06.80.04.15.82.**

Grille d'évaluation

Cocher la lettre et les chiffres correspondant aux aptitudes de la personne :

AUTONOMIE	PHYSIQUE	COMPORTEMENT	COMMUNICATION VERBALE
<p>A</p> <p>Bonne autonomie. Sociable, dynamique, participe ... Présence discrète de l'encadrement.</p>	<p>1</p> <p>Pas de problème moteur. Bon marcheur.</p>	<p>1</p> <p>Comportement sociable, ne laissant pas apparaître de problème particulier.</p>	<p>1</p> <p>Possédant le langage.</p>
<p>B</p> <p>Autonomie relative. Nécessité d'intervenir dans différents domaines (prise de médicaments, argent de poche, activités...). Juste à stimuler dans les actes de la vie courante (toilette, habillement). Accompagnement actif.</p>	<p>2</p> <p>Pas de problème moteur. Se déplace sans difficulté pour de petites promenades. Fatigable.</p>	<p>2</p> <p>Comportement ritualisé repérable, instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger, mais pouvant avoir des périodes de grande angoisse et de retrait.</p>	<p>2</p> <p>Compréhension générale, mais langage pauvre.</p>
<p>C</p> <p>Peu d'autonomie. Aide effective dans les actes de la vie quotidienne (habillement, toilette, repas ...) Accompagnement et encadrement renforcé.</p>	<p>3</p> <p>Problèmes moteurs. Marche avec l'aide "ponctuelle" d'un tiers, d'un appareillage particulier ou d'un fauteuil.</p>	<p>3</p> <p>Comportement instable et atypique. Période de grande angoisse par crises. Risques d'automutilation et/ou d'agression.</p>	<p>3</p> <p>Verbalisation inexistante. Mode de communication très complexe.</p>

	OUI	NON
S'agit-il du premier séjour de vacances avec notre Association ?		
Si non : année du dernier séjour :		

Correspondances

NOM	ADRESSE	LIEN (Parents, amis, ...)

Bulletin d'inscription

(Valable uniquement accompagné du dossier de renseignements complet et de l'acompte)

Participe au séjour : _____

Du : _____ Au : _____

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Sexe: _____

Vous êtes accueilli en établissement ou service ? OUI NON

Nom , adresse et téléphone :

Nom de l'association gestionnaire (APEI, AFEJI, etc) :

Etes vous déjà parti cette année avec notre organisme ? OUI NON

Si oui, ne pas tenir compte de l'adhésion. L'adhésion à l'association est annuelle (cotisation annuelle 2017 de 15€)

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION/

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Code postal: _____ Ville: _____

Tel: _____ Fax: _____ Mail (obligatoire): _____

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE:

(Famille, tuteur ou cadre d'astreinte)

Nom: _____ Prénom : _____

Téléphone: (portable obligatoire) _____

MONTANT DU SÉJOUR:

Coût du séjour (hors adhésion à notre association) : _____ €

Option Assurance Annulation (facultative mais recommandée) soit 3,82 % du prix du séjour : _____ €

Coût du séjour € + assurance annulation€ + Cotisation annuelle de 15€ = Total :€

Acompte à verser à l'inscription (25% du coût du séjour) : € + Coût de l'assurance annulation :€

TOTAL de l'acompte à verser : € **par** (cocher le mode correspondant) :

Chèque bancaire libellé à l'ordre de l'Association Chavarot

Virement Bancaire sur notre compte IBAN : FR76 1670 6050 7816 6780 6590 235 BIC: AGRIFRPP867

Chèques Vacances ANCV ou autres. (Merci de prendre connaissance des conditions générales)

SI L'ADRESSE DE FACTURATION EST DIFFÉRENTE MERCI DE L'INDIQUER:

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Code postal: _____ Ville: _____ Mail (obligatoire): _____

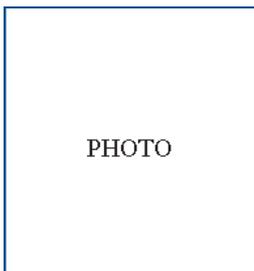
Tél: _____ Fax: _____

CONDITIONS GÉNÉRALES:

L'inscription à un séjour implique l'acceptation des conditions générales détaillées dans ce catalogue.

Dossier de renseignement

(Tout dossier incomplet ne sera pas prioritaire)



Nom:

Prénom:

Séjour à :

Dates du Au :

Ce dossier est à remplir par le vacancier,
à défaut par son référent.

Nature du Handicap :

Santé

	Oui	Non
Le vacancier porte-t-il des lunettes? En permanence <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/>		
A-t-il besoin d'un lit médicalisé? (Fournir prescription)		
D'un lève-personne? (Fournir prescription)		
D'un déambulateur?		
Porte-t-il une prothèse dentaire amovible?		
Porte-t-il une prothèse auditive?		
Porte-t-il des chaussures orthopédiques?		
Se sert-il d'une canne?		
Est-il en fauteuil roulant?		
Si oui: Permanent <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/>		
Est-il électrique <input type="checkbox"/> Manuel <input type="checkbox"/>		
Le vacancier a-t-il subi un accident récemment? Séquelles éventuelles		
Le vacancier est-il atteint d'une maladie dégénérative? Si oui la quelle: Nécessite-t-il un accompagnateur spécifique?		
A-t-il un traitement médical?		
Nécessite-t-il des soins infirmiers? Quels types de soins? Fréquence?		
Injection durant le séjour? Type d'injection? (autre que pour le diabète)		
Le vacancier est-il sujet à l'épilepsie? Stabilisée <input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Fréquente <input type="checkbox"/> Préciser sur la note de comportement la conduite à tenir		
Fume-t-il habituellement? Quantité par jour:		
A-t-il l'habitude de consommer des boissons alcoolisées?		
Tendance à l'alcoolisme?		
La consommation d'alcool lui est-elle autorisée?		
Le vacancier est-il asthmatique?		
Est-il cardiaque?		
Est-il diabétique?		
Si oui, injections?		
Si oui, gère-t-il seul ses injections?		
Est-il allergique? Si oui, préciser:		

Relation

	Oui	Non
La relation peut-elle être problématique: Avec les autres (vacanciers <input type="checkbox"/> Inconnus <input type="checkbox"/>		
Avec l'autorité?		

Dans quelles circonstances?

Comportement

	Oui	Non
Le vacancier a-t-il un objet fétiche? Si oui, lequel:		
Le vacancier a-t-il des rituels? Si oui, lesquels?		
A-t-il des goûts particuliers? Si oui, lesquels?		
A-t-il tendance à fuguer?		
La personne est-elle sujette: aux délires <input type="checkbox"/> Aux hallucinations <input type="checkbox"/> À la phobie <input type="checkbox"/> à l'errance <input type="checkbox"/> à l'isolement <input type="checkbox"/>		
	Oui	Non
A-t-il un comportement agressif?		
Des actes de violence: Envers lui-même <input type="checkbox"/> Envers les autres <input type="checkbox"/>		
La personne a-t-elle des habitudes culturelles ou religieuses importantes à respecter?		
La personne est-elle claustrophobe?		
La personne est-elle kleptomane?		

Communication

	Oui	Avec Aide	Non
Le vacancier utilise-t-il le téléphone			
Sait-il écrire?			
Sait-il lire?			
	Oui	Non	
Possède-t-il le langage?			
Communique-t-il par gestes?			
Communique-t-il par cris?			

Argent personnel

	Oui	Avec Aide	Non
Gère-t-il son argent?			
Sait-il faire un achat simple?			

Toute note éducative est la bienvenue

Les renseignements fournis dans ce questionnaire sont strictement confidentiels

Dossier de renseignements

Propreté - Hygiène - Toilette

	Seul	Avec aide	Non
Le vacancier fait sa toilette			
S'habille			
Change ses vêtements			
Se chausse			
Se rase			
Va au WC			
		Oui	Non
Est-il énuvétique le jour ?			
Est-il énuvétique la nuit ?			
Est-il encopréétique le jour ?			
Est-il encopréétique la nuit ?			

Dans ces cas présents, pensez à prévoir les protections en quantité suffisante pour la durée du séjour, ainsi qu'une alèse imperméable.

Repas - Alimentation

	Seul	Avec aide
Le vacancier mange		
Boit		
	Oui	Non
Boit-il du café après les repas		
Suit-il un régime		

Texture des aliments:

Mixé Mouliné Haché Coupé finement

Type de régime:

Quelles remarques pouvez-vous faire sur son alimentation sa façon de manger ?

Nuit - Sommeil - Lever - Coucher

	Oui	Non
Le vacancier se couche-t-il juste après le repas ?		
A-t-il peur de l'obscurité ?		
A-t-il des difficultés pour s'endormir ?		
A-t-il des angoisses nocturnes, des insomnies ?		
Se lève-t-il la nuit ?		
A-t-il un lever difficile ?		
Se lève-t-il tôt? Pécisez:h.....		
Fait-il la sieste ?		
Est-il somnambule?		

Que préconisez-vous?

Inscription en couple

	Oui	Non
Le vacancier s'inscrit-il en couple ?		
En compagnie de		
Partage-t-il le même lit ?		

Personne à joindre en cas d'urgence

Nom: Téléphone: portable obligatoire:

Sorties et déplacements

	Oui	Non
Le vacancier sort-il seul ?		
Sort-il en petit groupe ?		
Sait-il demander son chemin ?		
Lit-il l'heure ?		
Est-il capable de rentrer à une heure fixée ?		
S'adapte-t-il à des lieux nouveaux ?		
S'y repaire-t-il ?		
Montre-t-il l'escalier seul ?		
Se déplace-t-il en fauteuil roulant ?		
Est-il sujet au mal du transport ?		

Remarque complémentaire quant aux sorties et déplacements:

.....

Activité - Loisirs

	Oui	Non
Sait-il choisir une activité parmi plusieurs ?		
A-t-il besoin d'une aide lors de ses déplacements ?		
Peut-il soutenir son attention de façon prolongée ?		
Pratique-t-il régulièrement un sport ?		
Si oui, lequel ?		

Physique:

Dynamique Fatigable Très fatigable

Pent marcher:

Moins d'une heure Une heure Plus d'une heure

Centre d'intérêt:

Musique - Livres - Culturelles - Randonnées - Discothèque - Cinéma-Télévision - Activités manuelles - Chants - Danse - Autres:

Sexualité

Pour les femmes:

Le personnage est-réglée ?

Utilise-t-elle un moyen contraceptif ?

Si oui, lequel ?

Utilise-t-elle des serviettes périodiques ?

Utilise-t-elle des tampons ?

Pour tous:

Autonsez-vous la possibilité d'une relation avec un ou une vacancier(ière)

Durant le séjour ? Oui Oui avec réserves Non

Si réverses, lesquelles:

.....

Comportements particuliers et/ou inadaptés socialement:

.....

TRAITEMENT MEDICAL
(document à nous retourner avec le dossier d'inscription)

NOM : PRENOM :

Séjour à : du au

Le traitement médical étant très important, nous vous demandons de bien vouloir faire remplir et signer ce document **par le médecin traitant du vacancier**.

Le traitement médical fourni par l'établissement médico-social devra être conditionné **SOUS FORME SECURISEE** (blisters, chaussettes...), dument validé par **la signature et la qualification de la personne ayant opéré le conditionnement**.

Le traitement médical en présentation sécurisée doit obligatoirement être accompagné de **l'ordonnance correspondante bien lisible** (datant de moins de 3 mois) indiquant les doses journalières.

Traitement	Matin	Midi	16 h	Soir	Coucher

Si l'état de santé de la personne nécessite l'usage d'un lit médicalisé, d'un lève-personne ou de soins spécifiques, merci de joindre une prescription.

Attention et soins particuliers :

.....

Le

Cachet et signature du médecin

En cas de changement de traitement de dernière minute, merci de bien vouloir joindre l'ordonnance du nouveau traitement avec celui-ci et de prévenir le responsable du séjour lors du départ.



Si le pilulier n'est pas en adéquation avec le traitement médical transmis : un infirmier réalisera un nouveau pilulier ; la facture sera transmise au responsable légal.