APAJH
Vacances adaptées

DOSSIER D'INSCRIPTION

Vous pouvez télécharger, enregistrer et imprimer le dossier à l'adresse suivante : **handicap-vacances.org**

Dossier d'inscription
Dossier administratif

Cadre réservé au service

Les inscriptions sont prises par ordre d'arrivée des dossiers. Nous faire parvenir le dossier d'inscription le plus rapidement possible et avant le 6 mai 2024.
Remplissez et renvoyez les 2 exemplaires du dossier d'inscription composé des 3 parties : « Dossier administratif », « Dossier de santé », « Renseignements de la personne »

Acompte et règlements :

- Vous envoyez le « dossier d'inscription » soit à la Fédération APAJH, soit à l'association départementale APAJH indiquée dans la présentation du séjour accompagné d'un acompte de 300 €
- Le service Vacances vous confirme la possibilité et les places disponibles sur le séjour choisi.
- **Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum un mois avant le séjour (Sauf accord écrit de prise en charge) Aucune inscription ou réservation ne pourra être faite par téléphone.**

Etes-vous adhérent APAJH ? ❒ Oui ❒ Non

Si non, contacter la Fédération APAJH ou l'association départementale APAJH selon le séjour choisi pour connaître le montant de la cotisation annuelle.

Souhaitez-vous prendre l'assurance-annulation ?
(4% du prix du séjour) ❒ Oui ❒ Non

Bénéficiez-vous d'une aide d'un cofinanceur ?
❒ Oui ❒ Non

Si oui, laquelle ? ❒ Du CGOS
❒ Du CCE de la BNP
❒ Du CCE du Crédit Lyonnais
❒ Du CCE de la Caisse d'Epargne
❒ De l'APAS

- Autre : lequel ? .....

Précisez au besoin votre n° d'adhérent : .....

Renseignements administratifs vacancier :

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Sexe : ❒ Femme ❒ Homme

Date et lieu de naissance :

.../.../..... à : .....

Département ou pays :

N° de sécurité sociale : ...../...../...../...../...../...../...../

Lieu et adresse de résidence habituelle
Adresse(s), téléphone(s), mail(s) : .....

.....

.....

.....

Établissement(s) fréquenté(s) :
❒ Aucun ❒ SAVS ❒ FH ❒ FO ❒ ESAT
❒ CAJ ❒ MAS ❒ FAM
❒ Autre – Précisez :

Adresse(s), téléphone(s), adresse(s) électronique(s) :

.....

.....

.....

.....

Contact(s) :

Personne (-s) à contacter en cas d'urgence (nom, lien de parentalité/fonction, téléphone, adresse électronique)
PAR ORDRE DE PRIORITÉ

Nom, prénom, lien de parentalité / fonction, adresse complète et téléphone, adresse électronique :

→ .....

Tél : .....

Mail : .....

→ .....

Tél : .....

Mail : .....

→ .....

Tél : .....

Mail : .....

Cadre réservé au service

Séjour(s) vacances et adresse(s) d'expédition :

Séjour(s) souhaité(s)	Dates (à préciser)	Service organisateur	Transport collectif - Ville de départ : Paris ou Marseille (si proposé dans la fiche du séjour)

(Sous réserve d'affectation par le service Vacances-Loisirs organisateur)

	Nom et Prénom	Lien de parentalité / Fonction	Adresse complète	Téléphone	Adresse électronique
Personne chargée de l'inscription					
Où expédier les convocations et horaires de départ					
Où expédier la facture					

Pour les personnes majeures sous tutelle ou les mineurs

Je soussigné(e) : .....
Né(e) le : .....
Domicilié(e) : .....
Agissant en qualité de : .....

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Vacances APAJH.

Joint au présent dossier administratif d'inscription, le dossier médical attestant qu'il n'y a pas d'interdiction médicale pour l'enfant ou l'adulte à être admis dans le séjour de vacances choisi.
Certifie être informé que le traitement auquel est soumis la personne lui sera administré, suivant les prescriptions de l'ordonnance médicale remise le jour du départ, sous l'autorité du responsable de séjour.
A cette fin, je certifie remettre au responsable de séjour les prescriptions médicales nécessaires.
Certifie être informé, qu'en en cas d'urgence, le responsable de séjour pourra être amené, si l'état de santé de la personne l'exige, à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'administration d'actes de soins.

En qualité de tuteur, mon consentement devra être recueilli pour tous les actes ne revêtant pas un caractère d'urgence. Pour les actes urgents, le responsable de séjour devra m'informer le plus rapidement possible.
Dans tous les cas, le consentement de la personne majeure devra systématiquement être recherché après qu'il ait pu recevoir une information claire et adaptée à son degré de compréhension.
Seuls les actes à but thérapeutique urgent pourront être pris sans mon consentement et sans le consentement de la personne majeure si celle-ci n'a pu être trouvée.
Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable de séjour.

Certifie exact, lu et approuvé

A ..... , le .....

Signature :

Autorisation de prise et de diffusion de photographie(s) et de vidéo(s)

Je, soussigné : .....
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Agissant en qualité de représentant légal de :
Nom : .....
Prénom : .....
Autorise (rayez les mentions inutiles) :

- ❒ La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me ou le représentant.
- ❒ La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) me ou le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient.

Dans le strict respect des valeurs de citoyenneté et de dignité défendues par la Fédération APAJH
Fait à : ..... , le : .....

(Signature)

Dossier d'inscription
Dossier de santé

Dossier à caractère confidentiel

À retourner avec le dossier administratif

Pour chaque inscription, remplissez le dossier d'inscription et le dossier de santé en 2 exemplaires ci-joints.

Nom du vacancier : .....

Date de naissance : ..... Poids : ..... Taille : .....

Renseignements médicaux

Nomination de la pathologie : .....

Description aussi précise que possible du handicap : .....

.....

.....

État de santé général : .....

.....

.....

→ Examen

→ Cardiaque : .....
→ Pulmonaire : .....
→ Digestif : .....
→ Uro-génital : .....

→ Troubles divers

Troubles de la vue :	❒ Oui	❒ Non
Troubles de l'ouïe :	❒ Oui	❒ Non
Troubles caractériels :	❒ Oui	❒ Non
Troubles de la parole :	❒ Oui	❒ Non
Enurésie :	❒ Oui	❒ Non
Encoprésie :	❒ Oui	❒ Non
Ethylisme :	❒ Oui	❒ Non
Asthme :	❒ Oui	❒ Non

Y-a-t-il des problèmes

→ de transit / fécalome (joindre l'ordonnance du laxatif habituellement prescrit)	❒ Oui	❒ Non
→ d'épisode de sub-occlusion	❒ Oui	❒ Non
→ d'épisode d'occlusion	❒ Oui	❒ Non

Est-il sujet à des crises comitiales ? ❒ Oui ❒ Non

Manifestation habituelle : .....

Fréquence : .....

Antécédents médicaux et chirurgicaux : .....

.....

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre : .....

.....

.....

Pour les jeunes filles, est-elle réglée ? :	❒ Oui	❒ Non
Sont-elles douloureuses ?	❒ Oui	❒ Non
Utilisation d'un moyen contraceptif :	❒ Oui	❒ Non

Si oui, lequel ? .....

Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire ? .....
Lequel ? .....
Les prescriptions : .....

La nourriture doit-elle être mixée ?	❒ Oui	❒ Non
Pré-hachée ?	❒ Oui	❒ Non

Tous les vaccins sont-ils à jour ?	❒ Oui	❒ Non
Est-il fumeur ?	❒ Oui	❒ Non
La baignade est-elle autorisée ?	❒ Oui	❒ Non
Sait-il nager ?	❒ Oui	❒ Non

Traitement

Le vacancier est-il soumis à un traitement pendant le séjour ? ❒ Oui ❒ Non
(Si oui, l'ordonnance récente devra être jointe le jour du départ)

Le vacancier prend-il ses médicaments, seul ? ❒ Oui ❒ Non

Le vacancier a-t-il des soins infirmiers réguliers : ❒ Oui ❒ Non
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)

Le vacancier a-t-il des soins de kiné : ❒ Oui ❒ Non
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)

Matériel

Porte-t-il un matériel spécifique ? Si oui, lequel : ❒ Oui ❒ Non

Utilise-t-il un lit médicalisé ?* ❒ Oui ❒ Non

A-t-il besoin d'un matelas anti-escarres ?* ❒ Oui ❒ Non

Utilise-t-il un lève personne ?* ❒ Oui ❒ Non

A-t-il besoin d'une contention* ou vêtement compressif ?** ❒ Oui ❒ Non

Matériel utilisé pour la contention, (le joindre si un matériel spécifique est utilisé) :

*** si oui, joindre l'ordonnance**
*** si oui, joindre le ou les vêtements**

Remettre obligatoirement au moment du départ les semainiers pour la durée du séjour avec les médicaments en quantité suffisante au directeur ou à son représentant, **l'ordonnance médicale, la photocopie du carnet de vaccination** et éventuellement les prescriptions pour le régime alimentaire.

Contre-indications

Allergies connues : ➔ Alimentaires :

➔ Médicamenteuses :

Sportives : .....

Baignade : .....

Divers : .....

.....

.....

COVID-19 :

Avez-vous un scema vaccinal complet ? ❒ Oui ❒ Non
Avez-vous une attestation pour une contre indication médical ❒ Oui ❒ Non
Avez-vous une attestation médicale pour le non port du masque ❒ Oui ❒ Non
Les attestations seront à remettre avec le pillulier pour la durée du séjour.

Certificat d'admission en séjour de vacances

Je soussigné, Docteur .....

certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical,

certifie que, Madame, Monsieur .....

peut être admis dans le séjour de vacances choisi.

A ..... , le .....

Signature et cachet du médecin :

Dossier d'inscription
Renseignements de la personne

PHOTO D'IDENTITÉ OBLIGATOIRE

Ce dossier est à compléter par la famille ou le tuteur qui partez en séjour, votre famille, votre tuteur et/ou les professionnels qui vous accompagnent.

Nous vous demandons d'apporter un soin particulier à sa rédaction. Ces renseignements permettront à l'équipe éducative de connaître au plus près vos besoins et de contribuer à votre accueil.

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Votre niveau d'autonomie :

❒ Bonne autonomie : Vous êtes dynamique, la présence de l'encadrement est discrète.

❒ Peu d'autonomie : Vous avez besoin d'une aide effective dans les actes de la vie quotidienne et d'un encadrement ponctuel.

❒ Dépendance très importante : Vous avez besoin d'un encadrement rapproché et permanent, nécessitant des locaux et matériels appropriés.

Vos déplacements :

❒ Vous êtes un bon marcheur

❒ Vous montez des escaliers sans difficulté

❒ Vous êtes fatigable à la marche

❒ Vous marchez avec l'aide d'un tiers ou d'un matériel adapté
Si oui, répondez aux questions suivantes :

➔ Avez-vous besoin d'un déambulateur ou de béquille pour vous déplacer ? ❒ Oui ❒ Non

➔ Avez-vous un fauteuil roulant manuel ?
❒ De manière permanente
❒ Pour vos déplacements extérieurs

➔ Avez-vous un fauteuil roulant électrique ? ❒ Oui ❒ Non

➔ Y-a-t-il des restrictions à rester en position assise ? ❒ Oui ❒ Non
Si oui : nombre d'heure maximum :
➔ Portez-vous ou utilisez vous d'autres matériels ❒ Oui ❒ Non
(chaussures orthopédiques, attelles...etc.) ?
Au besoin, les fournir pour la durée du séjour
➔ Avez-vous besoin de marcher quelques minutes dans la journée ? ❒ Oui ❒ Non

➔ Etes-vous capable de faire vos transferts (fauteuil > lit et fauteuil > toilettes) ❒ Seul(e) ❒ Avec de l'aide

Si besoin d'un lève personne, fournir une ordonnance.

➔ Que vous vous déplaciez en fauteuil simple ou en fauteuil avec coque adaptée, pouvez-vous voyager en dehors de votre appareillage ? ❒ Oui ❒ Non

Si oui, combien de temps ? .....

Vos modes d'expression et de communication :

❒ Bonne communication : vous vous exprimez sans difficulté et possédez une bonne compréhension générale des sujets dont on parle
❒ Compréhension générale mais langage pauvre : vous avez quelques difficultés à vous exprimer
❒ Capacité à se faire comprendre par une communication non verbale
Décrivez-nous les gestes principaux et leurs significations et au besoin, fournissez les supports (ex : pictogrammes)
❒ Mode de communication très complexe et verbalisation inexistante

Savez-vous : ❒ Lire ? ❒ Écrire ?

Avez-vous des difficultés auditives ? ❒ Oui ❒ Non
➔ Si oui, portez-vous :
❒ Un appareil auditif ?
❒ un autre appareil (ex : casque filtrant)

Avez-vous des difficultés visuelles ? ❒ Oui ❒ Non
➔ Si oui,
❒ Portez-vous des lunettes ?
❒ Etes-vous malvoyant ou non-voyant ?

Commentaires éventuels :

.....

.....

Vos habitudes de vie :

Alimentation / Goûts alimentaires
De manière générale, qu'est-ce que vous aimez/n'aimez pas ?

.....

.....

Que prenez-vous au petit-déjeuner ?

.....

.....

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?

❒ Oui ❒ Non

Si oui, joindre la prescription médicale ou le protocole.

Portez-vous une prothèse dentaire ? ❒ Oui ❒ Non
❒ Inférieure
❒ Supérieure

Avez-vous besoin que votre nourriture soit mixée ? ❒ Oui ❒ Non

Avez-vous besoin que votre nourriture soit hachée ? ❒ Oui ❒ Non

Avez-vous besoin d'aide pour manger ? ❒ Oui ❒ Non
Si oui, fournir au besoin vos couverts adaptés

Avez-vous besoin d'aide pour boire ? ❒ Oui ❒ Non
Si oui, fournir au besoin le verre spécifique

Consommez-vous de l'eau gélifiée ? ❒ Oui ❒ Non
Si oui, fournir l'eau gélifiée pour la durée du séjour

Hygiène

Avez-vous besoin d'une prise en charge totale ? :
❒ Oui ❒ Non

Avez-vous besoin d'aide :
Pour vous laver ? ❒ Oui ❒ Non
Pour vous habiller ? ❒ Oui ❒ Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :
Avez-vous besoin :
❒ D'une chaise pour prendre votre douche
❒ D'un lit-douche pour prendre votre douche
❒ D'aide pour aller aux toilettes

→ Portez-vous des protections ?
❒ Le jour ❒ La nuit

Portez-vous des prothèses autres que dentaires et auditives, nécessitant une attention lors des soins d'hygiène ?
❒ Oui ❒ Non
Si oui, quel type de prothèse et quel protocole à suivre ?

Sommeil

Dormez-vous bien ? ❒ Oui ❒ Non

Faites-vous une sieste en journée ? ❒ Oui ❒ Non
Avez-vous des difficultés pour vous endormir ? ❒ Oui ❒ Non
Vous réveillez-vous la nuit ? ❒ Oui ❒ Non
Avez-vous besoin d'être réveillé(-e) la nuit pour aller aux toilettes ? ❒ Oui ❒ Non

Quelles sont vos habitudes au moment d'aller dormir ?

Vos habitudes de vie :

Généralités

Etes-vous fumeur(-se) ? ❒ Oui ❒ Non
Si oui, quelle est votre consommation de tabac ?
→ Par jour :
→ Par semaine :
→ Gérez-vous seul(-e) votre consommation de tabac ?
❒ Oui ❒ Non
De manière occasionnelle, consommez-vous de l'alcool ?
❒ Oui ❒ Non
(Sauf contre-indication et incompatibilité médicale)

Gérez-vous seul(-e) votre argent de poche ? ❒ Oui ❒ Non

Loisirs

Quelles sont les activités que vous appréciez ?

→ Dans votre quotidien :
Activités manuelles :

Activités sportives :

→ Pendant vos vacances :
Activités manuelles :

Activités sportives :

Savez-vous nager ? ❒ Oui ❒ Non

Etes-vous autorisé (-e) à la baignade ? ❒ Oui ❒ Non
Pouvez-vous pratiquer des activités nautiques ? ❒ Oui ❒ Non
Savez-vous faire du vélo ? ❒ Oui ❒ Non

Avez-vous peur des animaux ? ❒ Oui ❒ Non
Si oui, lesquels :

De manière générale, comment occupez-vous votre temps libre ?

Courrier(s) / Téléphone

Posséderez-vous un téléphone portable au cours du séjour ?
❒ Oui ❒ Non
A qui souhaitez-vous écrire ou téléphoner au cours du séjour ?

Noms, prénoms, Lien de parentalité / d'amitié, Adresse complète et téléphone :
→

→

Relation à l'autre

❒ Comportement sociable ouvert: vous n'avez pas de difficulté à lier connaissance

❒ Comportement ritualisé repérable : vous pouvez être instable dans votre mode de relation, vous ne vous mettez pas en danger mais pouvez avoir des périodes de grandes angoisses et de retrait

❒ Comportement instable et atypique : vous pouvez connaître de grandes angoisses par crises, avec risque d'automutilation et/ou d'agression

Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers les autres ? ❒ Oui ❒ Non

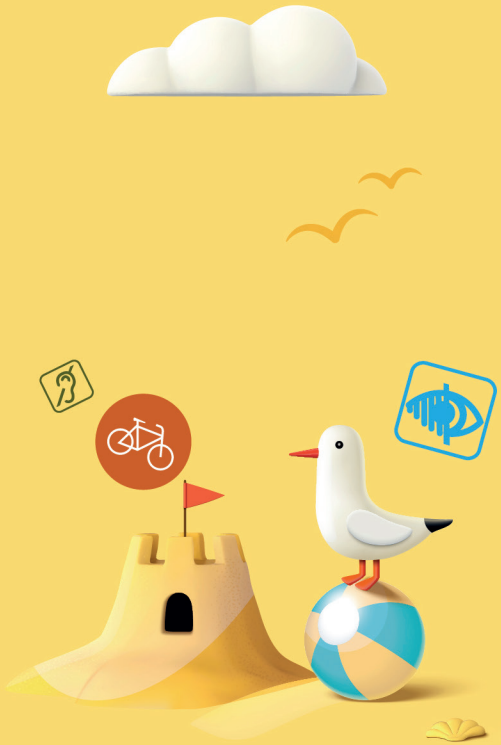
Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il (agressions, verbales, physiques, gestuelles, comportements déviants, autres) ?

Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers vous-même ? ❒ Oui ❒ Non

Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il (mutilations, crises d'angoisse, autres) ?

Vous arrive-t-il de partir sans prévenir (risques de fugue) ?
❒ Oui ❒ Non

Précisez tout commentaire ou remarque que vous jugerez utile dans un rapport écrit à joindre au présent dossier.



Vous pouvez télécharger, enregistrer et imprimer le dossier à l'adresse suivante : **handicap-vacances.org**

Dossier d'inscription
Dossier administratif

Cadre réservé au service

Les inscriptions sont prises par ordre d'arrivée des dossiers. Nous faire parvenir le dossier d'inscription le plus rapidement possible et avant le 6 mai 2024.
Remplissez et renvoyez les 2 exemplaires du dossier d'inscription composé des 3 parties : « Dossier administratif », « Dossier de santé », « Renseignements de la personne »

Acompte et règlements :

- Vous envoyez le « dossier d'inscription » soit à la Fédération APAJH, soit à l'association départementale APAJH indiquée dans la présentation du séjour accompagné d'un acompte de 300 €
- Le service Vacances vous confirme la possibilité et les places disponibles sur le séjour choisi.
- **Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum un mois avant le séjour (Sauf accord écrit de prise en charge) Aucune inscription ou réservation ne pourra être faite par téléphone.**

Etes-vous adhérent APAJH ? ❒ Oui ❒ Non

Si non, contacter la Fédération APAJH ou l'association départementale APAJH selon le séjour choisi pour connaître le montant de la cotisation annuelle.

Souhaitez-vous prendre l'assurance-annulation ?
(4% du prix du séjour) ❒ Oui ❒ Non

Bénéficiez-vous d'une aide d'un cofinanceur ?
❒ Oui ❒ Non

Si oui, laquelle ? ❒ Du CGOS
❒ Du CCE de la BNP
❒ Du CCE du Crédit Lyonnais
❒ Du CCE de la Caisse d'Epargne
❒ De l'APAS

- Autre : lequel ? .....

Précisez au besoin votre n° d'adhérent : .....

Renseignements administratifs vacancier :

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Sexe : ❒ Femme ❒ Homme

Date et lieu de naissance :

.../.../..... à : .....

Département ou pays :

N° de sécurité sociale : ...../...../...../...../...../...../...../

Lieu et adresse de résidence habituelle
Adresse(s), téléphone(s), mail(s) : .....

.....

.....

.....

Établissement(s) fréquenté(s) :
❒ Aucun ❒ SAVS ❒ FH ❒ FO ❒ ESAT
❒ CAJ ❒ MAS ❒ FAM
❒ Autre – Précisez :

Adresse(s), téléphone(s), adresse(s) électronique(s) :

.....

.....

.....

.....

Contact(s) :

Personne (-s) à contacter en cas d'urgence (nom, lien de parentalité/fonction, téléphone, adresse électronique)
PAR ORDRE DE PRIORITÉ

Nom, prénom, lien de parentalité / fonction, adresse complète et téléphone, adresse électronique :

→ .....

Tél : .....

Mail : .....

→ .....

Tél : .....

Mail : .....

→ .....

Tél : .....

Mail : .....

Cadre réservé au service

Séjour(s) vacances et adresse(s) d'expédition :

Séjour(s) souhaité(s)	Dates (à préciser)	Service organisateur	Transport collectif - Ville de départ : Paris ou Marseille (si proposé dans la fiche du séjour)

(Sous réserve d'affectation par le service Vacances-Loisirs organisateur)

	Nom et Prénom	Lien de parentalité / Fonction	Adresse complète	Téléphone	Adresse électronique
Personne chargée de l'inscription					
Où expédier les convocations et horaires de départ					
Où expédier la facture					

Pour les personnes majeures sous tutelle ou les mineurs

Je soussigné(e) : .....
Né(e) le : .....
Domicilié(e) : .....
Agissant en qualité de : .....

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Vacances APAJH.

Joint au présent dossier administratif d'inscription, le dossier médical attestant qu'il n'y a pas d'interdiction médicale pour l'enfant ou l'adulte à être admis dans le séjour de vacances choisi.
Certifie être informé que le traitement auquel est soumis la personne lui sera administré, suivant les prescriptions de l'ordonnance médicale remise le jour du départ, sous l'autorité du responsable de séjour.
A cette fin, je certifie remettre au responsable de séjour les prescriptions médicales nécessaires.
Certifie être informé, qu'en en cas d'urgence, le responsable de séjour pourra être amené, si l'état de santé de la personne l'exige, à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'administration d'actes de soins.

En qualité de tuteur, mon consentement devra être recueilli pour tous les actes ne revêtant pas un caractère d'urgence. Pour les actes urgents, le responsable de séjour devra m'informer le plus rapidement possible.
Dans tous les cas, le consentement de la personne majeure devra systématiquement être recherché après qu'il ait pu recevoir une information claire et adaptée à son degré de compréhension.
Seuls les actes à but thérapeutique urgent pourront être pris sans mon consentement et sans le consentement de la personne majeure si celle-ci n'a pu être trouvée.
Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable de séjour.

Certifie exact, lu et approuvé

A ..... , le .....

Signature :

Autorisation de prise et de diffusion de photographie(s) et de vidéo(s)

Je, soussigné : .....
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Agissant en qualité de représentant légal de :
Nom : .....
Prénom : .....
Autorise (rayez les mentions inutiles) :

- ❒ La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me ou le représentant.
- ❒ La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) me ou le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient.

Dans le strict respect des valeurs de citoyenneté et de dignité défendues par la Fédération APAJH
Fait à : ..... , le : .....

(Signature)