APAJH
Vacances adaptées

DOSSIER D'INSCRIPTION

FICHE 1
FICHE 2

INTRODUCTION ET CONSIGNES

Liste des 4 pièces nécessaires à la constitution du dossier complet :

- **Fiche 1** – Réservation du séjour, jointe (à compléter)
- **Fiche 2** – Autonomie, jointe (à compléter)
- **Fiche 3** – Santé, jointe (à faire compléter par le médecin traitant du vacancier et datée de moins de 3 mois avant le départ en séjour.)
- **Fiche 4** - Autorisations (droits à l'image et de soins médicaux)

Notre **Service Accompagnement Loisirs Vacances** est à votre écoute pour vous aider à choisir le séjour le plus adapté et à compléter ce dossier au **01 44 10 23 40 du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 14h à 17h30.**

Vous pouvez télécharger ce dossier sur notre site internet **https://handicap-vacances.org**

Une fois complété, le dossier doit nous être retourné à l'adresse :

Fédération APAJH
Service Accopagnement Loisirs
Tour Maine Montparnasse
33, avenue du Maine 29ème étage
Boîte aux lettres n°35 - 75755 Paris Cedex 15

Vous pouvez également nous faire parvenir votre dossier scanné par mail à vacances@apajh.asso.fr une fois complété.

Attention, pour être valide, il doit comprendre les 4 fiches signées, y compris celle de l'autorisation de prise et de diffusion de photos et de vidéos.

Vous devez joindre obligatoirement à votre dossier d'inscription un acompte de 300 €, par chèque ou par virement, pour qu'il soit pris en compte. Aucune inscription ne sera prise par téléphone.

Vous serez avisé de l'attribution de votre séjour par voie postale ou par mail.

Les inscriptions seront prises par ordre d'arrivée des dossiers et selon la possibilité d'accueil dans de bonnes conditions des personnes selon leur handicap.

Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum un mois avant le séjour (sauf accord écrit de prise en charge).

Aucune inscription ne sera prise compte sans le dossier complet et l'acompte.

Règlement Général relatif à la protection des données

Les données à caractère personnel recueillies dans ce dossier d'inscription sont collectées par le Service Accompagnement Loisirs Vacances de la Fédération APAJH et ont pour finalité de lui apporter une aide à la prise en compte des situations particulières des personnes en situation de handicap afin de leur faire bénéficier d'un séjour adapté à leurs besoins.

Ces données ont donc un intérêt légitime pour le Service Accompagnement Loisirs Vacances de la Fédération APAJH et leur traitement est nécessaire à l'instruction des dossiers et l'éventuelle inscription sur un séjour. Leur non-fourniture a pour conséquence de ne pas permettre l'instruction du dossier. Les données sont destinées aux personnels habilités du Service Accompagnement Loisirs Vacances de la Fédération APAJH et peuvent également être transmises, le cas échéant, aux personnels habilités au sein de l'APAJH que sont les directeurs de séjours et leurs adjoints, et à tout personnel médical dont la situation de la personne inscrite en séjour le nécessiterait. Les données collectées sont conservées 1 an, à compter de la réception du dossier.

En signant les différentes fiches constituant le dossier d'inscription, vous autorisez donc le Service Accompagnement Loisirs de la Fédération APAJH à collecter et traiter les données personnelles indispensables pour votre inscription. Les données collectées sont destinées à l'usage exclusif Service Accompagnement Loisirs de la Fédération APAJH. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en nous contactant à l'adresse suivante :

Fédération APAJH — Tour Maine Montparnasse — 33, avenue du Maine — BAL 35 — 75 755 PARIS Cedex 15.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

FICHE 1 - **RÉSERVATION**

Êtes-vous adhérent APAJH ?	❏ **Oui**	❏ **Non**
Si oui, précisez votre n° d'adhérent :	.....	
Souhaitez-vous prendre l'assurance-annulation ? (4% du prix du séjour)	❏ **Oui**	❏ **Non**
Bénéficiez-vous d'une aide d'un co-financeur ?	❏ **Oui**	❏ **Non**
Si oui, laquelle ? (Inscrire son numéro d'adhésion)	❏ **Du CGOS :** ..... ❏ **Du CCE de la BNP** ❏ **Du CCE du Crédit Lyonnais** ❏ **De la MGEN :**	❏ **Du CCE de la Caisse d'Epargne** ❏ **De l'APAS** ❏ **De TF1** ❏ **De la VACAF :** .....
Autre : lequel ?	.....	

	Bénéficiaire du séjour	**Personne désignée en charge de l'inscription** (parent ou organisme)
Nom	.....	.....
Prénom	.....	.....
Téléphone (portable ou fixe)	.....	.....
Adresse électronique	.....	.....
Adresse postale (rue, code postal, ville)	....	....

Où expédier la convocation ?
(Nom / Prénom / Adresse postale / téléphone / adresse électronique)

.....

.....

Où expédier la facture ?
(Nom / Prénom / Adresse postale / téléphone / adresse électronique)

.....

.....

N° de sécurité sociale du bénéficiare du séjour : .....

Date de naissance	**Âge au moment du séjour**	**Sexe**	**Niveau d'automomie** [1]	**Déplacement en fauteuil roulant**
.....	.....	.....	❏ **Autonome** ❏ **Semi-autonome** ❏ **Dépendant**	❏ **Oui** ❏ **Non**

Séjour choisi (un seul séjour par dossier d'inscription)

Titre séjour	**Date de début de séjour** [2]	**Date de fin de séjour**
.....	.....	.....

Activités souhaitées[3] .....

(1) Assurez-vous que le site indiqué est adapté au niveau d'autonomie du vacancier.
(2) Assurez-vous que la date et la durée de séjour indiquées correspondent à votre demande.
(3) Les activités souhaitées seront proposées en fonction des possibilités du séjour, et l'équipe mettra tout en oeuvre pour les organiser, sans toutefois s'engager sur leur réalisation.

Dans le cas où le séjour indiqué ne pourrait vous être attribué, nous vous proposerons un autre séjour au plus proche de vos souhaits.

Établissement(s) fréquenté(s)

❏ **Aucun** ❏ **SAVS** ❏ **FH** ❏ **FO** ❏ **ESAT** ❏ **CAJ** ❏ **MAS** ❏ **FAM** ❏ **Autre - Précisez :**

Adresse(s)

.....

.....

Téléphone(s)

.....

Adresse(s) électronique(s)

.....

.....

Personne (-s) à contacter en cas d'urgence PAR ORDRE DE PRIORITÉ

Nom / Prénom .....

Lien de parentalité/fonction .....

.....

Téléphone ..... Adresse électronique .....

Nom / Prénom .....

Lien de parentalité/fonction .....

.....

Téléphone Adresse électronique .....

Nom / Prénom .....

Lien de parentalité/fonction .....

.....

Téléphone ..... Adresse électronique .....

TRANSPORTS COLLECTIFS ORGANISÉS

Des transports collectifs sont proposés en train ou en minibus en départ/retour de Paris pour les différents séjours présentés, sauf exception mentionnée sur la fiche de présentation du séjour.

En ce cas, si vous cochez cette option ci-dessous, vous n'aurez qu'à accompagner le vacancier jusqu'au point de rendez-vous au départ où il sera pris en charge par nos équipes, et venir le chercher au retour du train ou du minibus.

Pour cela, toutes les informations nécessaires seront dans la convocation de départ/retour que vous recevrez 3 à 4 semaines avant le début du séjour.

Vous pouvez également faire le choix d'accompagner le vacancier par vos propres moyens jusqu'au lieu du séjour de vacances et venir le rechercher. Auquel cas, vous cochez ci-dessous les options adaptées.

Vous avez la possibilité de faire différemment pour le transport collectif ou le transport par vos propres moyens à l'aller et au retour. En revanche, une fois le séjour réservé, il n'est plus possible de modifier l'option de transport choisie et en tout état de cause à moins de 2 mois de la date de départ.

Merci d'indiquer ci-dessous si vous êtes intéressé(e) par une solution de transport collectif (plusieurs cases possibles) ou pas pour l'aller comme pour le retour :

❏ **Transport collectif à l'aller**

❏ **Transport collectif au retour**

❏ **Pas intéressé(e) ni à l'aller ni au retour**

❏ **Je l'accompagne par mes propres moyens à l'aller**

❏ **Je viens le chercher par mes propres moyens au retour**

Pour les personnes majeures sous tutelle ou les mineurs.

Je soussigné(e) .....

né(e) le ..... à .....

domicilié(e) à .....

Agissant en qualité de .....

certifie :

- Avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Vacances APAJH ou sur le site internet et les accepter
- Joindre au présent dossier 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.
- 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 ; et à cette fin je certifie remettre au responsable de séjour les prescriptions médicales nécessaires.
- 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.

Certifié exact, lu et approuvé,

A ..... le .....

Signature

FICHE 2 - **AUTONOMIE**

Nous vous demandons d'apporter un soin particulier à cette fiche, elle permet à l'équipe d'encadrement d'appréhender le niveau du handicap et de contribuer à un meilleur accueil.

PHOTO OBLIGATOIRE

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 béquilles 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 restriction à rester en position assise ? ❏ **Oui** ❏ **Non**
Si oui, nombre d'heures maximum

➲ Portez-vous ou utilisez-vous d'autres matériels (chaussures orthopédiques, attelles...) ❏ **Oui** ❏ **Non**

➲ Avez-vous besoin de marcher quelques minutes dans la journée ? ❏ **Oui** ❏ **Non**

➲ Êtes-vous capable de faire vos transferts ? (fauteuil>lit et fauteuil>toilettes) ❏ **Oui** ❏ **Non**
Si oui, de combien de personnes avez-vous besoin pour vous aider ?

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

➲ Décrivez-nous la méthode de transfert à employer/ vos habitudes/ l'aide qu'on peut vous fournir

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

➲ 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

➲ Décrivez-nous les gestes principaux et leurs significations :

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

➲ Avez-vous des difficultés pour vous exprimer et vous faire comprendre ?

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

➲ Pouvez-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 ?
❏ Êtes-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**

➲ Avez-vous des allergies alimentaires ? ❏ **Oui** ❏ **Non**
Si oui, lesquelles ?

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

➲ Portez-vous une prothèse dentaire ?
❏ Oui ❏ Non ❏ Inférieure ❏ Supérieure

➲ Avez-vous besoin que votre nourriture soit :
Mixée ❏ **Oui** ❏ **Non** Hachée ❏ **Oui** ❏ **Non**
Moulinée ❏ **Oui** ❏ **Non** En pommade ❏ **Oui** ❏ **Non**

➲ Avez-vous besoin d'aide pour manger ? ❏ **Oui** ❏ **Non**

➲ Avez-vous besoin d'aide pour boire ? ❏ **Oui** ❏ **Non**

➲ Consommez-vous de l'eau gélifiée ? ❏ **Oui** ❏ **Non**

➲ Un matériel spécifique est-il nécessaire ? ❏ **Oui** ❏ **Non**
❏ Assiette à rebord ❏ Gobelet
❏ Cuillère adaptée ❏ Paille

Hygiène

- Avez-vous besoin
  d'une prise en charge totale ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
  d'une aide pour vous laver ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
  d'une aide 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

- Si vous êtes un homme, vous rasez-vous seul ?
  ❑ à l'aide d'un rasoir électrique
  ❑ à l'aide d'un rasoir mécanique

- Portez-vous des prothèses autres que dentaires et auditives, nécessitant une attention lors des soins d'hygiène ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
  Si oui,quel type de prothèses ou appareillages et quel protocole à suivre (ex : sonde, etc.) :

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

Sommeil

- Dormez-vous bien ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

- Faites-vous une sieste en journée ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

- Avez-vous des difficultés pour vous endormir ? ❑ **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 ?

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

Matériel

- Utilisez-vous un lit médicalisé ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

- Avez-vous besoin d'un matelas anti-escarres ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

- Utilisez-vous un lève-personne ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

- Avez-vous besoin d'une contention ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
  Matériel utilisé pour la contention :

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

Vos habitudes de vie

Généralités

- Êtes-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**

- Consommez-vous de l'alcool ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
  Contre-indiqué ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
  Formellement interdit ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
- Gérez-vous seul(e) votre argent de poche ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

Loisirs

- Quelles sont les activités que vous appréciez au quotidien ?
  ❑ Activités manuelles : .....
  .....
  ❑ Activités sportives : .....
  .....

- Pendant vos vacances
  ❑ Activités manuelles : .....
  .....
  ❑ Activités sportives : .....
  .....

- Savez-vous nager ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
- Êtes-vous autorisé(e) à nager ? ❑ **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/Téléphone

- Disposerez-vous d'un téléphone portable lors de votre séjour ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

- À qui souhaitez-vous écrire ou téléphoner au cours du séjour ? *Noms, prénoms, lien de parenté/d'amitié, adresse complète, n° de tél.*

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

Relation à l'autre

❑ **Comportement social** : vous n'avez pas de difficulté à lier connaissance.
❑ **Comportement ritualisé repérable :** vous pouvez être instable dans vos modes de relation, vous ne vous mettez pas en danger mais vous pouvez avoir des périodes de grande angoisse et de retrait.
❑ **Comportement instable et atypique :** vous pouvez connaître de grandes angoisses par crises, avec risque d'automutilation et/ou 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 ?

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

- Vous arrive-t-il de partir sans prévenir (risque de fugue) ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

APAJH
Vacances adaptées

Service
Accompagnement Loisirs

Tour Maine Montparnasse
33, avenue du Maine 29e étage
Boîte aux lettres n°35
75755 Paris Cedex 15

01 44 10 23 74
vacances@apajh.asso.fr

www.handicap-vacances.org

APAJH
Vacances adaptées

DOSSIER DE SANTÉ

FICHE 3

Fiche à faire compléter par le médecin traitant puis à nous retourner avec le dossier, dans une enveloppe séparée et fermée.

Nom et prénom du vacancier

.....

- Âge : .....
- Poids : .....
- Taille : .....

Renseignements médicaux

Description aussi précise que possible des limitations fonctionnelles :

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

Examen

- Cardiaque
- Pulmonaire
- Digestif
- Uro-génital

Troubles divers

- Troubles de la vue : ❑ **Oui** ❑ **Non**
- Troubles de l'ouïe : ❑ **Oui** ❑ **Non**
- Troubles comportementaux : ❑ **Oui** ❑ **Non**
- Troubles de la parole : ❑ **Oui** ❑ **Non**
- Énurésie : ❑ **Oui** ❑ **Non**
- Encoprésie : ❑ **Oui** ❑ **Non**
- Éthylisme : ❑ **Oui** ❑ **Non**
- Asthme : ❑ **Oui** ❑ **Non**

État de santé général :

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

- Doit-on s'attendre à des crises comitiales ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
- Manifestation habituelle :

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

- Fréquence :

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

- Maladies et accidents (dates) :

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

- Interventions chirurgicales récentes :

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

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

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

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

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

- Tous les vaccins sont-ils à jour ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
  - Méningocoque C ❑ **Oui** ❑ **Non**
  - Rotavirus ❑ **Oui** ❑ **Non**
- Le vacancier fume-t-il ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

Traitement

- Le vacancier a-t-il un traitement médical permanent ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
- Ce traitement doit-il être poursuivi pendant le séjour ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
- 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
  (Selon disponibilité sur le lieu de séjour)
  (joindre l'ordonnance)

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

- Le vacancier a-t-il des soins de kinésithérapie ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
  Préciser le type de prise en charge
  (joindre l'ordonnance)

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

Matériel

- Porte-t-il un matériel spécifique ? ❑ **Oui** ❑ **Non**
  Si oui, précisez lequel

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

Contre-indications

- Allergies médicamenteuses : .....
.....
- Sportives : .....
- Baignade : .....
- Divers : .....

• CERTIFICAT D'ADMISSION EN SÉJOUR DE VACANCES POUR 2024 •

Je soussigné(e), Docteur ..... certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical, certifi e que Mme ou M. .... peut être admis(e) pour un séjour de 1 à 4 semaines dans un centre de vacances dont le taux d'encadrement est adapté aux situations de dépendance, compte tenu que ces centres pour séjours d'été type « colonies » ne sont pas des établissements sanitaires, et autorise Mme ou M. ..... à la baignade.

À ..... , le .....

Signature et cachet du Médecin

• IMPORTANT •

Pour les séjours en pension complète, ne surtout pas oublier **les semainiers** pour la durée du séjour avec les médicaments en quantité suffi sante, **l'ordonnance médicale, la photocopie du carnet de vaccination** et éventuellement **les prescriptions** pour le régime alimentaire.

Ces éléments seront remis ou à remettre au directeur du centre ou à son représentant soit lors du départ ou à son arrivée au centre.

Pour tous les séjours l'attestation pour le schéma vaccinal complet et/ou attestation médicale seront remises ou à remettre au directeur du centre ou à son représentant lors du départ ou à l'arrivée au centre pour les séjours en pension complète.

Les ordonnances pour le matériel médical nécessaire durant le séjour et les ordonnances pour le passage d'infirmier doivent être impérativement envoyées avec la fiche santé.

APAJH
Vacances adaptées

Service
Accompagnement Loisirs

Tour Maine Montparnasse
33, avenue du Maine 29e étage
Boîte aux lettres n°35
75755 Paris Cedex 15

01 44 10 23 74
vacances@apajh.asso.fr

www.handicap-vacances.org

APAJH
Vacances adaptées

DOSSIER D'AUTORISATIONS

FICHE 4

• AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE ET/OU LA VOIX •

Nom du vacancier : .....

Centre de séjour validé : .....

Je soussigné(e) .....

demeurant au .....

agissant en qualité de représentant légal de (prénom et nom du vacancier)

.....

.....

autorise à titre gratuit la Fédération APAJH à photographier et filmer le vacancier susnommé lors de sa participation aux activités collectives organisées durant son séjour en centres de vacances adaptés.

J'autorise la Fédération APAJH à reproduire, exploiter et diffuser, dans le strict cadre d'illustration pour toute publication de la Fédération APAJH et sans aucune restriction ni limitation dans la durée :

- L'image du vacancier susnommé, fixée dans le cadre de photographies réalisées à cette occasion,
- L'image et la voix du vacancier susnommé, fixées dans le cadre de vidéos réalisées à cette occasion.

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

à : .....

le : .....

Signature :

• AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX •

Nom du vacancier : .....

Centre de séjour validé : .....

Je soussigné(e) .....

demeurant au .....

agissant en qualité de représentant légal de (prénom et nom du vacancier)

.....

.....

certifie avoir fourni la fiche santé (Fiche 3) signée par le médecin traitant du vacancier susnommé au moment de son inscription, attestant qu'il n'y a pas de contre-indication médicale à son admission en centres de vacances adaptés.

Je certifie accorder au service accompagnement-loisirs de la Fédération APAJH, le droit d'accéder aux informations de la fiche santé (fiche 3). Ces informations peuvent également être transmises, le cas échéant, aux personnels des séjours. Leur non-fourniture a pour conséquence de ne pas permettre l'instruction du dossier.

Je certifie être informé(e) que le traitement médicamenteux auquel est soumis le vacancier susnommé lui sera administré suivant les prescriptions médicales remises le jour du départ et sous l'autorité du responsable de séjour. À cette fin, je m'engage à remettre au responsable du séjour toutes les prescriptions médicales nécessaires.

Je certifie être informé(e) qu'en cas d'urgence, le responsable du séjour pourra être amené, si l'état de santé du vacancier 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 médicaux ne revêtant pas un caractère d'urgence. Le responsable de séjour devra m'informer le plus rapidement possible des décisions qui ont été prises pour les actes médicaux urgents.
Dans tous les cas, le consentement du vacancier majeur 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 urgents pourront être pris sans mon consentement et sans le consentement du vacancier majeur.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable du séjour.

Certifié exact, lu et approuve,

à : .....

le : .....

Signature :

APAJH
Vacances adaptées

Service
Accompagnement Loisirs

Tour Maine Montparnasse
33, avenue du Maine 29e étage
Boîte aux lettres n°35
75755 Paris Cedex 15

01 44 10 23 74
vacances@apajh.asso.fr

www.handicap-vacances.org