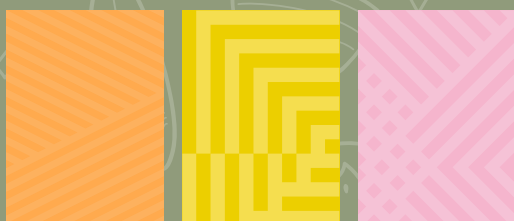


DOSSIER D'INSCRIPTION



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 Accompagnement 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.

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

Co-financeur

☐ Du CGOS :☐ Du CCE de la BNP☐ Du CCE du Crédit Lyonnais☐ De la MGEN⁽¹⁾ :☐ Du Ministère de l'Éducation Nationale⁽¹⁾☐ Du CCE de la Caisse d'Épargne☐ De l'APAS☐ De TF1☐ VACAF :☐ ASE :

Autre : lequel ?

.....

(1) Si bénéficiaire MGEN ou Ministère de l'Éducation Nationale et de l'enseignement supérieur, merci de remplir l'annexe 2 et de joindre votre attestation mutuelle.**Bénéficiaire du séjour****Personne désignée en charge
de l'inscription (parent ou organisme)**

Nom

.....

.....

Prénom

.....

.....

Téléphone

.....

.....

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 bénéficiaire du séjour :

Date
de naissanceÂge au moment
du séjour

Sexe

Niveau
d'autonomie⁽¹⁾Déplacement
en fauteuil roulant

.....

.....

.....

☐ Autonome☐ Semi-autonome☐ Dépendant☐ Oui☐ Non**Séjour choisi (par ordre de préférence)**

Titre séjour *

Date de début de séjour⁽²⁾

Date de fin de séjour

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Activités souhaitées⁽³⁾

.....

*** Si séjour aidé-aidant «Un été en famille au Coeur de l'Ardèche», merci de compléter l'annexe 1**

(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 - Option payante / Tarif sur catalogue

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.

Si vous cochez cette option, 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 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

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.

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 déplacez 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 :
.....
.....
.....

**PHOTO
OBLIGATOIRE**

- ☐ 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 (agres-
sions verbales, physiques, gestuelles, comporte-
ments 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

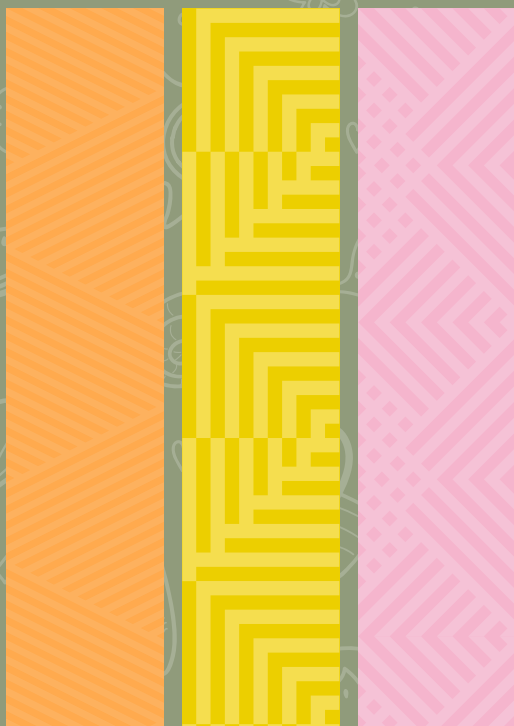


**Service
Accompagnement Loisirs**

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

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

www.handicap-vacances.org

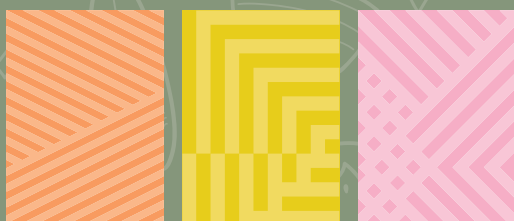


DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEXE 1



**FORMULAIRE
SÉJOUR ADAPTÉ
AIDANT / AIDÉ
ANNEXE 1**



FORMULAIRE - SÉJOUR ADAPTÉ AIDANT / AIDÉ

Ce formulaire doit être complété uniquement si vous avez sélectionné le séjour
«Un été en famille au cœur de l'Ardèche» pour la personne en situation de handicap.

Informations générales

- Nom et prénom de l'aidant :
- Nom et prénom de la personne aidée :
- Contact (téléphone / e-mail) :
- Date de début de séjour (*même date qu'indiquée page 4*)
- Date de fin de séjour (*même date qu'indiquée page 4*)

1. Choix du mode de logement :

Veillez indiquer votre préférence pour le mode de logement pour votre séjour.

- ☐ Hôtel ; PMR ou Non PMR (*entourer le besoin*)
- ☐ Mobil-home ; PMR ou Non PMR (*entourer le besoin*)
- ☐ Emplacement nu (pour tente , caravane, Camping-Car) (*entourer le besoin*)
- ☐ Hébergement extérieur, inscription aux activités APAJH seulement

Tarifs pour une semaine du samedi au samedi (uniquement le logement) ;

Hôtel : **950 €**
Mobil-Home : **800 €**
Emplacement nu : **300 €**
Rappel Tarif animation : **1 200 €**

2. Dates du séjour :

Le séjour «Un été en famille au cœur de l'Ardèche» se déroule du samedi 11 juillet au samedi 22 août.
Les arrivées et départs sont uniquement possibles le samedi.

- Date d'arrivée :
- Date de départ :

3. Nombre de personnes présentes dans le logement :

- Nombre total de personnes :
- Nom et prénom de chaque personne présente (*la personne en situation de handicap comprise*) :

1.
2.
3.
4.

4. Aide à la vie quotidienne (facultatif) (Ne sont pas concerné les personnes en hébergements extérieurs)

Souhaitez-vous bénéficier de l'aide à la vie quotidienne pour la personne aidée ?*
L'aide est proposée dans les créneaux suivants : de 07h à 09h, de 12h à 14h, et de 19h à 21h

- ☐ Oui
- ☐ Non

FORMULAIRE - SÉJOUR ADAPTÉ AIDANT / AIDÉ

Si vous avez répondu oui, veuillez choisir le type d'accompagnement souhaité :

☒ Type d'accompagnement :

☐ Total (tous les créneaux, tous les jours)

☐ Partiel (par exemple : tous les 2 jours, seulement le matin et le soir, uniquement pour les toilettes, etc.)

Précisions sur l'accompagnement partiel :

.....

.....

€ 420 € si accompagnement total

€ 210 € si accompagnement partiel

5. Nuit de prise en charge (facultatif)

Il est possible de bénéficier d'une nuit de prise en charge pour la personne en situation de handicap, une fois par semaine de séjour. Cette prise en charge aura lieu après la journée d'animation, et la personne sera gardée jusqu'au matin suivant.

☐ Oui

☐ Non

Le choix de la nuit de prise en charge sera à définir avec le responsable du séjour, en fonction des disponibilités. Cette option ne génère aucun supplément.

6. Autres informations

Si vous avez des besoins ou des demandes spécifiques pour le séjour, veuillez les indiquer ci-dessous :

.....

.....

.....

Signature

Date : / /

Rappel important :

- Les arrivées et départs sont uniquement possibles le samedi entre le 11 juillet et le 22 août.
- Ce formulaire est à compléter seulement si le séjour «Un été en famille au cœur de l'Ardèche» a été sélectionné pour la personne en situation de handicap.

Explication des choix d'accompagnement :

- L'accompagnement à la vie quotidienne peut être organisé de manière totale (tous les créneaux horaires et tous les jours) ou partielle (par exemple : seulement certains créneaux, tous les 2 jours, ou des besoins spécifiques comme l'aide aux toilettes). Vous pouvez ajuster l'aide en fonction des besoins réels de la personne aidée. Pour toute organisation partielle, veuillez contacter le responsable du séjour pour discuter des détails et s'assurer de la mise en place adéquate de l'accompagnement.

Précisions sur la nuit de prise en charge :

- Une nuit de prise en charge peut être organisée pour la personne en situation de handicap une fois par semaine, après la journée d'animation, et jusqu'au matin suivant. Cette option est incluse sans supplément. Le choix de la nuit sera à valider avec le responsable du séjour en fonction des disponibilités.

Aide à la mobilité :

Des solutions de transport sont proposées pour faciliter les déplacements :

Transports depuis la gare TGV de Valence

Location de voiture si nécessaire sur le domaine.

Séjours de vacances adaptés

Demande d'aide financière

MGEN. Première mutuelle des agents du service public

ANNEXE 2



Dans le cadre des séjours de vacances adaptés, MGEN peut prendre en charge une partie des frais de séjours dans le cadre de l'action sociale et des actions concertées. Pour en bénéficier, merci de joindre cette fiche complétée ainsi que les pièces justificatives avec votre dossier d'inscription aux séjours auprès du partenaire organisateur (ANAE, APAJH, autres), qui communiquera à MGEN, le devis du séjour précisant le montant restant dû du vacancier, afin de permettre une prise en charge rapide.

- Vous êtes Agent ou retraité de l'Éducation nationale et de l'enseignement supérieur :
- ☐ Oui ☐ Non - (Si oui, vous pouvez prétendre à une aide financière au titre des actions concertées)
- Vous êtes adhérent MGEN à une offre individuelle en santé ou prévoyance :
- ☐ Oui ☐ Non - N° MGEN : _____
- et vous souhaitez demander une aide financière dans le cadre de l'Action sociale :
- ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

Coordonnées de l'agent ou de l'adhérent

	Bénéficiaire du séjour	Personne désignée en charge du dossier (parent ou organisme)
Nom	<div></div>	<div></div>
Prénom	<div></div>	<div></div>
Adresse postale (rue, code postal, ville)	<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div>
Téléphone (portable ou fixe)	<div></div>	<div></div>
E-mail	<div></div>	<div></div>

Pièces justificatives à fournir

- ⊕ Votre avis d'imposition et/ou les derniers avis d'imposition de la famille vivant sous le même toit ;
- ⊕ RIB.

☐ Je certifie l'exactitude de la présente déclaration.

Fait à _____ le ____ | ____ | ____

Signature du demandeur :

Les données collectées dans le cadre du présent questionnaire sont traitées par MGEN en sa qualité de responsable de traitement. Vos données, y compris vos données de santé, sont nécessaires pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat et notamment pour bénéficier d'une prestation incluse dans votre offre ou une aide financière ponctuelle dans le cadre de l'Action Sociale, le cas échéant via son service médical. En aucun cas vos données de santé ne sont traitées à des fins d'exclusion de garanties de contrats d'assurance et de modification de cotisations ou de primes d'assurance. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de vos données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données vous concernant. Vous disposez également du droit de décider du sort de vos données après votre décès.

Toute demande d'exercice de vos droits peut être envoyée par courrier postal à l'adresse : MGEN - Protection des données - 6 bis avenue Joseph Rollo – 78320 La Verrière ou à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees>. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé le cas échéant. Le DPO peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

MGEN, n° 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, 3 square Max-Hymans - 75748 Paris cedex 15.



FR232343_01NWQV

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 : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Troubles de l'ouïe : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Troubles comportementaux : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Troubles de la parole : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Énurésie : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Encoprésie : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Éthylisme : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Asthme : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> 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

⤵ 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 **(joindre l'ordonnance)**

.....

Contre-indications

⤵ Allergies médicamenteuses :

⤵ Sportives :

⤵ Baignade :

⤵ Divers :

• CERTIFICAT D'ADMISSION EN SÉJOUR DE VACANCES •

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.

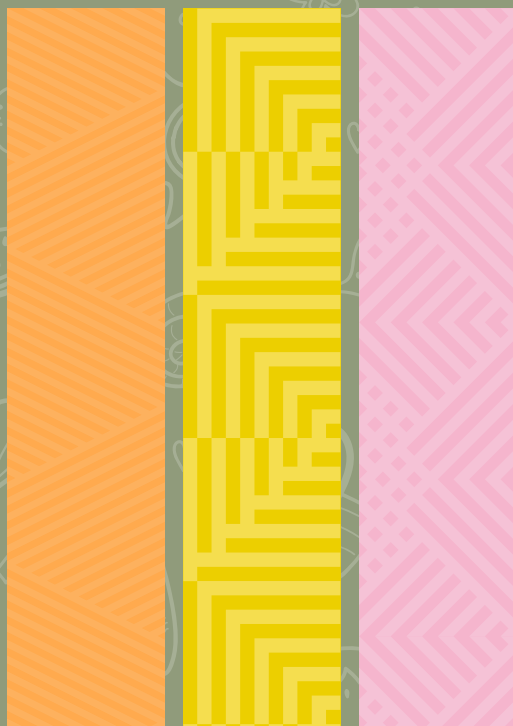


**Service
Accompagnement Loisirs**

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

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

www.handicap-vacances.org



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 :



**Service
Accompagnement Loisirs**

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

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

www.handicap-vacances.org

