

FRAIS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES et RAPATRIEMENT SANITAIRE

Nous vous informons que le vacancier est couvert pour ces risques.

Retourner IMPÉRATIVEMENT une attestation en cours de validité au minimum un mois avant le départ

Préciser le nom de la compagnie d'assistance, le n° du contrat et le n° de téléphone à contacter 24h/24.

Passé ce délai, en cas de défaut de présentation de ce document, nous souscrivons pour le vacancier un contrat individuel auprès de la compagnie AXA, qui sera facturé et payable avant le départ.

Nous souhaitons souscrire pour le vacancier un contrat auprès de votre compagnie d'assurances, afin de le couvrir pour ces risques pendant ce séjour. Pour cela, nous vous adressons un chèque du montant indiqué sur le dossier d'inscription (date limite de souscription : un mois avant le départ).

RESPONSABLE DU VACANCIER PENDANT LE SEJOUR :

Nom : Prénom :

Lien avec le vacancier :

Adresse pendant le séjour :

Téléphones : Portable :

PERSONNE DE PERMANENCE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

Établissement ou association tutélaire :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Téléphones : Portable :

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Je soussigné _____ responsable légal du participant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et déclare que son état de santé est en adéquation avec la participation au séjour mentionné. J'autorise cette personne à participer à toutes les activités organisées pendant le séjour, sauf en cas de contre-indication dûment notifiée. Je m'engage à rembourser intégralement les frais médicaux éventuellement avancés pour elle lors de son séjour.

Je déclare aussi avoir pris connaissance que les traitements médicaux (s'il y a lieu et dans le cas où le participant ne les gère pas seul) seront distribués, dans le cadre de la vie courante et au regard de la circulaire en date du 04/06/1999, par un membre de l'équipe d'encadrement du séjour, désigné à cet effet, à partir de semainiers sécurisés remplis et fournis en quantité suffisante pour la totalité de la période.

J'autorise le responsable du séjour à faire soigner le participant et à faire pratiquer les éventuelles interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin consulté sur place.

Fait à _____, le _____ /20 _____ Signature : _____



158 bis rue de Paris - 92190 MEUDON ☎ : 09 63 68 61 29 📠 : 09 70 62 72 03
✉ : idetour-adaptés@orange.fr 📠 Direction : 01 46 89 04 68

1 photo

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

À retourner avec le dossier d'inscription. **Seul un dossier complet valide l'inscription.**

En cas de modification de l'état de santé après l'inscription, un nouveau dossier devra nous être adressé.

Participant

Nom : Prénom :

Sexe : F M Date de naissance : Âge (le jour du départ) :

Lieu de séjour : Dates du séjour : Du au

N° de sécurité Sociale : Caisse :

Nom de la mutuelle et adresse :

Autonomie

Dans le cas d'une 1^{ère} inscription avec nous, joindre **obligatoirement** un rapport de comportement.

Autonomie du participant : A B C Physique du participant : 1 2 3 Comportement du participant : A B C

Lieu d'habitation : Foyer Appartement MAS FAM Famille Autre (préciser) : _____

Le participant a-t-il un travail habituel oui non Lieu de travail : ESAT Autre (préciser) : _____

Inscription en couple non oui En compagnie de : _____

Signifie que les deux personnes dorment dans une même chambre, en toute intimité, partageant le même lit.

Aptitude - Autonomie - Comportement pour les actes suivants

Il est impératif de renseigner toutes les questions.

Peut sortir seul oui non Peut sortir seul, après préparation oui non Fugueur oui non

Gère son argent de poche oui non Alcool autorisé oui non Fumeur oui non Consommation journalière : _____

Baignade autorisée oui non Sait nager oui non Peut marcher 1km 3km 5km Promenade en altitude autorisée oui non

Peut monter/descendre un escalier seul oui non Se fatigue vite oui non Activités sportives autorisée oui non

Pratique régulièrement un sport ou une activité oui non Préciser : _____

Troubles de la marche oui non Appareillage oui non Lequel : _____

Sociabilité générale : Moyenne Bonne Très bonne Trouble du comportement oui non

Agressivité oui non Si oui : Physique Verbale Automutilation oui non

A tendance à s'isoler oui non Observations : _____

A des manies particulières oui non Préciser : _____

A des goûts particuliers oui non Préciser : _____

A des répulsions particulières oui non Préciser : _____

Troubles de la parole oui non Communique par gestes oui non Par cris oui non Sait écrire oui non

Sait lire oui non Sait téléphoner oui non Troubles auditifs oui non Appareil auditif oui non

Appareil dentaire oui non Troubles de la vue oui non Lunettes correctives oui non Autres : _____

Sait aller aux WC seul stimulé non Fait sa toilette seul stimulé non Sait s'habiller seul stimulé non

Sait changer ses vêtements seul stimulé non Sait se chausser seul stimulé non Fait la sieste oui non

Se couche tôt oui non Se lève la nuit oui non A un lever difficile oui non A peur de l'obscurité oui non

A des difficultés pour s'endormir oui non A des angoisses nocturnes, insomnies oui non

Indiquer ci-dessous les renseignements que vous jugez utiles de communiquer sur le comportement du vacancier (émotivité, agressivité ...), sur ses habitudes de vie (goûts, religion ...) et sur ses souhaits particuliers pour ce séjour. Si le vacancier souffre de troubles du comportement ou de la personnalité importants, merci de nous transmettre un complément d'informations sur une feuille jointe, en précisant le maximum de renseignements possibles.

Renseignements Médicaux

SANTÉ : Énurésie oui non Encoprésie oui non Diabète oui non Cardiaque oui non

Asthme oui non Ethylisme oui non Sensibilité au soleil oui non Contraceptif oui non

Épilepsie oui non Stabilisée oui non

Préciser ci-dessous, si absences, circonstances déclenchantes, fréquence, précautions à prendre et protocole à suivre. En cas d'automédication, le signaler et préciser le traitement :

RÉGIME ALIMENTAIRE : oui non Préciser lequel : _____

Vigilance particulière oui non Préciser (risque de fausse route, problème de déglutition ...) _____

Repas : mixé mouliné émietté Aliments proscrits : oui non Préciser ci-dessous (ordonnance obligatoire) :

ALLERGIES : oui non Préciser le type d'allergie, les circonstances déclenchantes, les précautions à prendre et le protocole à suivre en cas d'automédication, le signaler et préciser le traitement :

TRAITEMENT MÉDICAL : oui non

JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DE L'ORDONNANCE ET LES MEDICAMENTS DANS LE SEMAINIER SECURISÉ AU MOMENT DU DÉPART .

En cas de petits maux (nausée, mal de tête, règles douloureuses ...), si le vacancier à l'habitude de prendre un traitement (comprimé, sirop, sachet ...), merci de le préciser et de fournir les produits. Préciser également s'il y a des pommades à appliquer (sécheresse cutanée, shampoing spécifique à faire régulièrement, crème protectrice ou hydratante ...) et tout autre renseignement que vous jugez nécessaire de porter à notre connaissance.

VACCINATIONS (ou photocopie du carnet de vaccinations) :

VACCIN	Date du vaccin	Dernier rappel	VACCIN	Date du vaccin	Dernier rappel
B.C.G			Tétracoq		

AUTRES INDICATIONS RELATIVES À LA SANTÉ :

Préciser les difficultés de santé rencontrées antérieurement au séjour : Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre. Joindre SOUS PLI FERMÉ, si c'est nécessaire, des indications complémentaires CONFIDENTIELLES à destination de l'assistant sanitaire ou du médecin local contacté.

TRAITEMENT NÉCESSITANT UNE INTERVENTION MÉDICALE PENDANT LE SÉJOUR :

Joindre obligatoirement l'original de l'ordonnance avant le départ.

En cas d'injection, préciser le type, la fréquence et éventuellement les dates à prévoir :

Nous vous rappelons qu'un CERTIFICAT MÉDICAL EST **OBLIGATOIRE** en cas de contre-indication, quelle qu'en soit la nature. *Allergies, traitements médicaux, soins spéciaux, régimes, interdiction de baignade ou de marche en altitude ou de sports ect...*

Facultatif

Renseignements certifiés par le médecin traitant.

Date et signature du médecin

