

## 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<sup>ère</sup> 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

