

# DOSSIER DU VACANCIER

Questionnaire strictement confidentiel et destiné, à la fin du séjour, à être détruit.

Ce document est à nous retourner en 1 seul exemplaire au plus tard 2 semaines après l'inscription.  
**A DÉFAUT DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET, LA RÉSERVATION NE PEUT ÊTRE VALIDÉE.**

Chaque dossier est étudié avant le séjour. Dans le cas où l'autonomie du vacancier ne correspond pas à celle requise au séjour nous nous réservons le droit de vous proposer une autre destination ou de refuser l'inscription.

Photo  
OBLIGATOIRE  
(collée  
non agrafée)

Séjour ..... Date du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....  
Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) ..... / ..... / .....  
N° de sécurité sociale : ..... N° Portable du vacancier : .....  
Nom et adresse domicile (Foyer / famille) : .....  
Type de handicap : .....  
VACANCIER SOUS TUTELLE : ☐ OUI ☐ NON VACANCIER SOUS CURATELLE : ☐ OUI ☐ NON  
TRAVAILLEUR ESAT : ☐ OUI ☐ NON Si oui, domaine d'activité .....  
LIEU D'HABITATION : ☐ Foyer ☐ Appartement ☐ Parents ☐ Autre .....  
EN COUPLE SUR LE SÉJOUR : ☐ OUI ☐ NON Si oui, avec .....  
Partagent-ils la même chambre : ☐ OUI ☐ NON

## Coordonnées administratives

Nom de l'établissement ou de famille : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Personne à contacter : .....  
Téléphone : ..... Portable : ..... Email : .....

Nom de l'organisme payeur (UDAF /FAMILLE/TUTEUR) : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Personne à contacter : .....  
Téléphone : ..... Portable : ..... Email : .....

## NOTES IMPORTANTES TUTEUR / FOYER

Toute inscription sous-entend avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente inclus dans le catalogue REV' INCLUSION et les accepter.

Notamment concernant le fait qu'il n'y ait pas de contre-indication médicale particulière à participer au séjour, à suivre les activités proposées dans la description du séjour choisi, ainsi qu'à emprunter nos transports.

Tout inscription engage le tuteur ou l'organisme payeur à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par REV' INCLUSION.

## GARANTIES (optionnelles)

GARANTIE OPTIONNELLE ANNULATION (5% du prix du séjour)

☐ OUI ☐ NON

GARANTIE OPTIONNELLE ANNULATION + INTERRUPTION (6% du prix du séjour)

☐ OUI ☐ NON

*Si aucune case n'est cochée, les garanties sont considérées non souscrites*

En cas de souscription d'une garantie

- OPTION PROTECTION SANITAIRE (+40% de l'indemnité)

☐ OUI ☐ NON

- OPTION ANNULATION SANS JUSTIFICATIF (+30% de l'indemnité)

☐ OUI ☐ NON

Garanties

et options

à valider

au moment

de l'inscription

## TRANSPORT

PRISE EN CHARGE TRANSPORT (utilisation de nos transports)

☐ OUI ☐ NON

PERSONNE ACCOMPAGNATRICE à l'aller :

Nom .....

Portable obligatoire : .....

au retour :

Nom .....

Portable obligatoire : .....

Est-il autorisé à rentrer seul du lieu de convocation retour à son domicile

☐ OUI ☐ NON

*Si un taxi a été réservé merci de nous envoyer les informations par écrit avec les coordonnées du taxi (mail, courrier)  
(taxi et/ou hébergement à la charge du vacancier si personne ne le prend en charge sur le lieu de convocation retour)*

## GESTION ARGENT PERSONNEL

**DATE LIMITE DE L'ENVOI DE L'ARGENT PERSONNEL : UN MOIS AVANT LE DÉPART**

*(Passé ce délai, nous ne pouvons garantir la gestion de l'argent personnel par nos soins)*

Nom et prénom : .....

SÉJOUR : .....

MONTANT : .....

CONSIGNES DE GESTION OU DISTRIBUTION : .....

.....

.....

REV' INCLUSION vous conseille vivement de nous confier la gestion de l'argent personnel de votre résident et de nous le faire parvenir par chèque ou virement. Ceci évite tout problème pouvant léser le vacancier (perte, vol...) durant le séjour ou pendant les transports.

Nous vous fournirons un décompte individuel d'argent personnel en fin de séjour pour les vacanciers n'ayant pas d'autonomie financière. Nous vous restituerons également le reliquat correspondant à l'argent non dépensé.

**Rappel : Nos accompagnateurs ont reçus la consigne de ne pas accepter d'argent personnel le jour du départ (enveloppe, portefeuille...).**

## PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER (Format A4)

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE ACCEPTÉ PAR NOS SERVICES

- Dossier complet dûment renseigné
- Photocopie de la carte de sécurité sociale et attestation
- Photocopie de la carte mutuelle
- Photocopie de la carte d'identité (pour les séjours à l'étranger)
- Copie de la prescription médicale valable pour la durée du séjour



# COORDONNEES CONTACTS PENDANT LE SEJOUR

Important : Pour une bonne prise en charge et afin de garantir la sécurité du vacancier pendant toute la durée du séjour, merci de renseigner l'ensemble des coordonnées ci-dessous.

## PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE – ASTREINTE 24H/24H - 7J/7J

Nom et prénom : .....

Téléphone fixe : .....

Portable : .....

Courriel : .....

## MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom : .....

Adresse postale : .....

.....

Téléphone fixe : .....

Portable : .....

Courriel : .....

## STRUCTURE (FOYER/FAMILLE) CAPABLE D'ACCUEILLIR LE VACANCIER EN CAS D'INTERRUPTION ANTICIPEE DU SEJOUR

Nom et prénom (ou Nom du foyer) : .....

Adresse postale : .....

.....

Téléphone fixe : .....

Portable : .....

Courriel : .....



# CAPACITÉS MOTRICES ET COMMUNICATION

Difficultés motrices ☐ OUI ☐ NON  
 Appareillage ☐ OUI ☐ NON  
 Canne, déambulateur, fauteuil ☐ OUI ☐ NON  
 Problème moteur ☐ OUI ☐ NON  
 Fatigabilité ☐ OUI ☐ NON  
 Chaussures orthopédiques ☐ OUI ☐ NON  
 Apte à participer aux sorties ☐ OUI ☐ NON  
 Est capable de marcher ☐ OUI ☐ NON  
☐ 1 km ☐ 3 km ☐ 5 km ☐ plus  
 Peut monter / descendre un escalier ☐ OUI ☐ NON  
 Baignade surveillée autorisée ☐ OUI ☐ NON  
 Si non, motif .....  
 Sait nager ☐ OUI ☐ NON

Difficultés du langage ☐ OUI ☐ NON  
 Sait se faire comprendre ☐ OUI ☐ NON  
 Comprend ce qu'on lui dit ☐ OUI ☐ NON  
 Muet ☐ OUI ☐ NON  
 Difficultés auditives ☐ OUI ☐ NON  
 Sourd ☐ OUI ☐ NON  
 Prothèse(s) auditive(s) ☐ OUI ☐ NON  
 Difficultés visuelles ☐ OUI ☐ NON  
 Non-voyant, malvoyant ☐ OUI ☐ NON  
 Porte des lunettes ☐ OUI ☐ NON  
 Sait lire ☐ OUI ☐ NON  
 Sait écrire ☐ OUI ☐ NON

## SANTÉ

Traitement médical ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui, prix seul ☐ OUI ☐ NON  
 Soins médicaux nécessitant une intervention médicale extérieure ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui lesquels .....  
 Si oui fréquence (joindre l'ordonnance) .....  
 Épilepsie ☐ OUI ☐ NON  
 Stabilisée ☐ OUI ☐ NON  
 Fréquence .....  
 Type (chute, absence, perte de connaissance...) .....  
 Injection (joindre l'ordonnance) ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui, date .....  
 Diabétique ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui, insulino dépendant ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui, gère seul ses injections ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui, fréquences des injections .....  
 Cardiaque ☐ OUI ☐ NON  
 Asthmatique ☐ OUI ☐ NON  
 Autres maladies connues ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui, précisez .....

Maladie transmissible ☐ OUI ☐ NON  
 Allergies ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui, lesquels .....  
 Contraceptif ☐ OUI ☐ NON  
 Pris seul ☐ OUI ☐ NON  
 Type de contraceptif .....  
 Encoprésie (si oui, fournir des alèses obligatoires) ☐ OUI ☐ NON  
 Énurésie, incontinence ☐ OUI ☐ NON  
 (si oui, fournir des alèses obligatoires)  
 Troubles du sommeil ☐ OUI ☐ NON  
 Apnée du sommeil ☐ OUI ☐ NON  
 Appareillage (gère seul obligatoire) ☐ OUI ☐ NON  
 Fumeur (prévoir un budget) ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui, quantité .....  
 Appareil dentaire ☐ OUI ☐ NON  
 Régime alimentaire ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui, lequel ? .....  
 Aliment(s) proscri(t)s : fournir une note ☐ OUI ☐ NON  
 Repas mixés ☐ OUI ☐ NON  
 Nota : les régimes spécifiques ou repas mixés nécessitent l'accord préalable de l'hébergeur (capacité de l'hébergeur (cuisine collective) à respecter le régime)  
 Sujet aux fausses routes ☐ OUI ☐ NON

## COMPORTEMENT ET AUTONOMIE

Troubles du comportement ☐ OUI ☐ NON  
 Agressivité physique ☐ OUI ☐ NON  
 Agressivité verbale ☐ OUI ☐ NON  
 Troubles de l'orientation ☐ OUI ☐ NON  
 Tendance à l'éthylisme ☐ OUI ☐ NON  
 Apte à rester seul sur le lieu .....  
 d'hébergement ☐ OUI ☐ NON  
 Fugueur ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui, fréquence .....  
 Si oui, élément déclencheur .....  
 Cleptomanie ☐ OUI ☐ NON  
 Automutilation ☐ OUI ☐ NON  
 Troubles du comportement à caractère sexuel ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui, merci de joindre une note explicative  
 S'il existe une contre-indication médicale au libre choix de la vie sexuelle de la personne, merci de joindre un courrier confidentiel à l'attention du directeur

### AUTONOMIE GENERALE

☐ REV 1 ☐ REV 2

Sortie seul autorisée ☐ OUI ☐ NON  
 Gère seul son argent personnel ☐ OUI ☐ NON  
 Peut se vêtir seul ☐ OUI ☐ NON  
 S'occupe de son linge ☐ OUI ☐ NON  
 Possède un téléphone portable ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui, fournir le numéro .....  
 Se lave seul ☐ OUI ☐ NON  
 Va aux toilettes seul ☐ OUI ☐ NON  
 Autorisation de consommation d'alcool pendant le séjour ☐ OUI ☐ NON  
 (uniquement à l'extérieur)



REV' INCLUSION

# INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Important : à remplir avec le plus de précisions possibles

Y a-t-il d'autres points, éléments, précautions, informations, précisions, sur lesquelles vous souhaitez insister (comportement, habitude, rituel, situation difficile, crise...)

## AUTONOMIE AU QUOTIDIEN

HYGIÈNE : .....

.....

MÉDICAMENTS : .....

.....

LINGE : .....

.....

REPAS : .....

.....

ARGENT PERSONNEL : .....

.....

## COMPORTEMENT

RELATION AVEC LE GROUPE : .....

.....

RELATION AVEC L'ENCADREMENT : .....

.....

PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS : .....

.....

## REMARQUES COMPLÉMENTAIRES / CONTRE-INDICATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

