

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)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Garanties et options à valider au moment de l'inscription
GARANTIE OPTIONNELLE ANNULATION + INTERRUPTION (6% du prix du séjour)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
En cas de souscription d'une garantie	<small>Si aucune case n'est cochée, les garanties sont considérées non souscrites</small>		
- OPTION PROTECTION SANITAIRE (+40% de l'indemnité)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
- OPTION ANNULATION SANS JUSTIFICATIF (+30% de l'indemnité)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	

TRANSPORT

PRISE EN CHARGE TRANSPORT (utilisation de nos transports)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> 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 restituons 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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Difficultés du langage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Appareillage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Sait se faire comprendre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Canne, déambulateur, fauteuil	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Comprend ce qu'on lui dit	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Problème moteur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Muet	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fatigabilité	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Difficultés auditives	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Chaussures orthopédiques	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Sourd	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Apte à participer aux sorties	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Prothèse(s) auditive(s)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Est capable de marcher	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Difficultés visuelles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> 1 km <input type="checkbox"/> 3 km <input type="checkbox"/> 5 km <input type="checkbox"/> plus	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Non-voyant, malvoyant	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut monter / descendre un escalier	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Porte des lunettes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Baignade surveillée autorisée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Sait lire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si non, motif		Sait écrire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Sait nager	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

SANTÉ

Traitement médical	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Maladie transmissible	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, prix seul	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Allergies	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Soins médicaux nécessitant une intervention médicale extérieure	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquels	
Si oui lesquels		Contraceptif	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui fréquence (joindre l'ordonnance)		Pris seul	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Épilepsie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Type de contraceptif	
Stabilisée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Encoprésie (si oui, fournir des alèses obligatoires)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fréquence		Énurésie, incontinence	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Type (chute, absence, perte de connaissance..)		(si oui, fournir des alèses obligatoires)	
.....		Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Injection (joindre l'ordonnance)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, date		Appareillage (gère seul obligatoire)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Diabétique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Fumeur (prévoir un budget)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, insulino dépendant	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, quantité	
Si oui, gère seul ses injections	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Appareil dentaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, fréquences des injections		Régime alimentaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lequel ?	
Asthmatique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Aliment(s) proscrit(s) : fournir une note	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autres maladies connues	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Repas mixés	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez		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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

COMPORTEMENT ET AUTONOMIE

Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Agressivité physique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Agressivité verbale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Troubles de l'orientation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Tendance à l'éthylisme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Apte à rester seul sur le lieu	
d'hébergement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fugueur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, fréquence	
Si oui, élément déclencheur	
Cleptomanie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Automutilation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Troubles du comportement à caractère sexuel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Gère seul son argent personnel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut se vêtir seul	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
S'occupe de son linge	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Possède un téléphone portable	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, fournir le numéro	
Se lave seul	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Va aux toilettes seul	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisation de consommation d'alcool pendant le séjour	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
(uniquement à l'extérieur)	



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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

