

Le vacancier

Autonomie : BA+ BA AR PA ER ETR 

Se référer aux critères d'autonomie décrits en page 1 du catalogue

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Lieu de vie : Tuteur – Famille – Foyer – Couple

Adresse :

CP : VILLE :

Tél :

Adresse mail :

Coordonnées de facturation :

Nom : Prénom :

Adresse :

CP VILLE

Tél :

Adresse mail :

Choix des séjours

Avant de faire le choix des séjours, il est impératif que vos choix correspondent à votre autonomie.

Choix n°1 : Dates du séjour :

Choix n°2 : Dates du séjour :

Choix n°3 : Dates du séjour :

Acceptation :

Je, soussigné(e), M. agissant en qualité de, certifie avoir pris connaissance des conditions générales du séjour et les accepte. J'autorise la présente personne à participer au séjour. Je m'engage à rembourser les frais médicaux ou pharmaceutiques qui pourraient être engagés par l'association.

Je donne mon accord pour toute publication ou reproduction de l'image (photo ou vidéo) de la personne nommée ci-dessus.

Date :

Signature du responsable légal :

* Pour tout nouvel inscrit, un rendez-vous individuel avec Fabienne ARENTS sera programmé afin de connaître vos besoins et faire plus ample connaissance avant votre premier départ.

Renseignements complémentaires

Sorties et déplacements

Sort seul : oui non Fugueur : oui non

Sortie seule autorisée hors site : oui non

Utilise un fauteuil roulant : occasionnellement régulièrement

Autonomie : aptitudes physiques et comportement

Physique : Actif Fatigable Très fatigable

Comportement agressif : oui non

Peut avoir des actes de violence : oui non

Pratique un ou plusieurs sports

Adapté Non adapté

Peut marcher moins d'une heure une heure plus d'une heure

Sait faire des choix : oui non

Baignade autorisée : oui non

Argent personnel

Sait gérer son argent : oui accompagné non

Garder sur lui (elle) ses papiers d'identité et de sécurité sociale :

Oui accompagné non

Consomme de l'alcool avec modération : oui non

Médical

Fait sa toilette seul(le) : oui stimulé non

À savoir :

Besoin d'appareillage pour ses soins quotidiens (toilette, déplacements WC...)

Difficultés motrices : oui non

Préciser :

Nécessité de soins infirmiers : oui non

Nécessité de soins de kinésithérapie : oui non

Quels types de soins ?

Sait gérer ses médicaments oui accompagné non

Allergies :

Traitement :

Régime alimentaire : oui non

Préciser :

Médecin traitant :

Angoisse nocturne insomnies :

Tabac : fume habituellement : oui non

À savoir :

Relations avec l'autre : bonne difficile

À préciser :