

DOSSIER D' INSCRIPTION

Le dossier qui suit doit impérativement nous être renvoyé dès confirmation de disponibilité par

Destinations Voyages Adaptés et doit comporter les documents suivants :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dossier d'inscription comprenant les fiches 1. 2. 3. 4 | <input type="checkbox"/> Photocopie de la prescription médicale si besoin de l'intervention d'un professionnel de santé |
| <input type="checkbox"/> Fiche du responsable légal signée (fiche 5) | <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte d'identité | <input type="checkbox"/> Règlement par chèque ou virement de l'acompte de 500€ + les assurances annulation et/ou interruption |
| <input type="checkbox"/> Photocopie de l'attestation de sécurité sociale | |
| <input type="checkbox"/> Photocopie de l'ordonnance du traitement médical | |

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Séjour choisi : Dates:

Nom : Prénom:

Autonomie : A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3 MRA MRB MRC

(voir grille p.6 du catalogue ou sur www.destinationsva.com)

Date de naissance :

Lieu de résidence : F.H. F.V. FAM Appartement Parents Autres :

Travailleur en E.S.A.T : Oui Non

En couple sur le séjour avec :

COLLER ICI
LA PHOTO D'IDENTITÉ
OBLIGATOIRE

NE PAS AGRAFER !

CONTACTS

	NOM / PRÉNOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE/FAX	EMAIL
Envoi des convocations				
Envoi de la facture				
Personne à prévenir en cas d'urgence durant le séjour				

ASSURANCES

Je désire souscrire à l'assurance Annulation (+3,5% du prix du séjour) : Oui Non

Je désire souscrire à l'assurance Interruption (+1,5% du prix du séjour) : Oui Non

ORGANISATION DES DÉPARTS ET RETOURS (voir détails page 9 ou sur www.destinationsva.com)

Option 1 : Pré-acheminement à partir de votre établissement : Aller Retour

Conditions:

Foyers de la métropole européenne lilloise : à partir de 5 personnes inscrites **pour les mêmes dates de séjour.**

Foyers à moins de 1H30 de LILLE : à partir de 15 personnes inscrites **pour les mêmes dates de séjour.**

Foyers à plus de 1H30 de LILLE : **nous contacter.**

Option 2 : Pré-acheminement à partir d'une des villes ou des gares de regroupement (voir p.9).

Ville aller: _____

Ville retour: _____

Option 3 : Rendez-vous à LILLE : Aller Retour

Option 4 : Rendez-vous à la gare de LILLE EUROPE pour les personnes arrivant en train par leurs propres moyens.

DOSSIER D' INSCRIPTION

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

NOM ET PRÉNOM DU VACANCIER :
 SÉJOUR :

AUTONOMIE AU QUOTIDIEN

TOILETTE ET HYGIÈNE :

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|
| Se lave seul(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante |
| Se brosse les dents seul(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante |
| Porte un appareil dentaire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si Oui, le nettoie seul(e) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Se rase seul | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante |
| Se coiffe seul(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante |
| Change ses vêtements seul(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante |
| Change ses sous-vêtements seul(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante |
| La personne est-elle réglée ? | <input type="checkbox"/> Oui, Précisions : | | <input type="checkbox"/> Non |
| Va aux toilettes seul(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante |
| Enurétique : | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> De jour | <input type="checkbox"/> De nuit |
| Encoprétique : | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> De jour | <input type="checkbox"/> De nuit |
| Porte des changes | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si Oui, gère-t-elle seule ses protections ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Informations complémentaires :

ALIMENTATION :

- | | | | |
|----------------------------|--|---|--|
| Mange seul(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante |
| Boit seul(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante |
| Faut-il mixer les aliments | <input type="checkbox"/> Oui, Précisions : | | <input type="checkbox"/> Non |
| Régime alimentaire | <input type="checkbox"/> Oui, Précisions : | | <input type="checkbox"/> Non |
| Risque de fausse-route | <input type="checkbox"/> Oui, Précisions : | | <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles alimentaires | <input type="checkbox"/> Oui, Précisions : | | <input type="checkbox"/> Non |

Merci de nous fournir le matériel nécessaire à la prise de repas si besoin

Informations complémentaires :

SOMMEIL, RYTHME :

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Fait la sieste | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Se lève tôt (avant 7 heures) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Se couche tôt (avant 22 heures) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Sommeil | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Léger | <input type="checkbox"/> Agité |

Informations complémentaires :

COMPORTEMENT & HABITUDES DE VIE

COMPORTEMENT :

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Sociabilité générale : | <input type="checkbox"/> Moyenne | <input type="checkbox"/> Bonne | <input type="checkbox"/> Très bonne |
| Troubles du comportement : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |

Si Oui, merci de nous fournir un rapport de comportement / habitudes de vie pour faciliter l'accompagnement

- | | | | |
|------------------------|--|--------------------------------|---|
| Troubles de la mémoire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Kleptomane | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Agressivité : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Délires, Hallucinations | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui : | <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Verbale | Comportements exhibitionnistes | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Automutilation | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | T.O.C | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| A tendance à s'isoler | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Potomane | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Fugueur | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Tendance à l'éthylisme | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Informations complémentaires :

DOSSIER D' INSCRIPTION

Relations avec l'encadrement :

.....

.....

Relations avec le groupe :

.....

.....

Participation aux activités et à la vie quotidienne :

.....

.....

HABITUDES DE VIE :

La personne vient-elle en couple ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si Oui, partage la même chambre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Consomme du tabac ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si Oui, quelle quantité par jour :		
Café ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Alcool ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sortie seul(e) autorisée aux alentours ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si Non, quelle somme donner :€	<input type="checkbox"/> /Jour	<input type="checkbox"/> /Semaine
Sait gérer son argent ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			

Informations complémentaires :

.....

.....

MOTRICITÉ ET DÉPLACEMENT

Besoin d'un fauteuil roulant ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Manuel	<input type="checkbox"/> Électrique	<input type="checkbox"/> Coquille	
Si oui, quelle utilisation ?	<input type="checkbox"/> Occasionnelle (sorties extérieures, fatigue)		<input type="checkbox"/> Permanente		
Si oui, transferts ?	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Aide humaine	<input type="checkbox"/> Aide matérielle		
Location matériel médical ?	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel (Taille : Poids :)				
Si lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Lit Médicalisé	<input type="checkbox"/> Avec barrières	<input type="checkbox"/> Avec potence	<input type="checkbox"/> Non	
Autre appareillage spécifique ?	<input type="checkbox"/> Matelas à air	<input type="checkbox"/> Lève personne	<input type="checkbox"/> Verticalisateur		
Capable de marcher en moyenne	<input type="checkbox"/> Oui, Précisions : <input type="checkbox"/> Non				
Résistance à la fatigue	<input type="checkbox"/> 1 km	<input type="checkbox"/> 3 km	<input type="checkbox"/> 5 km		
Sait monter et descendre un escalier	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Bonne		
Capable de dormir dans un lit superposé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> quelques marches		<input type="checkbox"/> Non	
Sait Nager	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Sait monter à Cheval	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est autorisé à la baignade	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Se repère dans l'espace	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
			Se repère dans le temps	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Informations complémentaires :

.....

.....

COMMUNICATION ET SENS

S'exprime facilement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Comprend ce qu'on lui dit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si non, sait se faire comprendre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Déficiência auditive	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Par des attitudes, une gestuelle	<input type="checkbox"/> Par pictogrammes		Si oui, <input type="checkbox"/> légère	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> complète
Communique verbalement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Déficiência visuelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Utilise un langage gestuel (LSF)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, <input type="checkbox"/> légère	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> complète
Utilise un langage tactile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Appareil auditif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
			Porte des Lunettes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Informations complémentaires :

.....

.....

DOSSIER D'INSCRIPTION

MÉDICAL ET PSYCHIATRIQUE

À REMPLIR PAR LE SERVICE MÉDICAL

Traitement médical Oui Non
 Si oui, le prend seul(e) : Oui Non
 Asthmatique : Oui Non
 Épileptique Oui Non
 Si oui, est-elle stabilisée Oui Non
 Fréquence des crises :
 Cardiaque / Cardiopathie Oui Non
 Poche urinaire Oui Non
Si Oui, merci de nous fournir la prescription pour le passage IDE
 GPE Oui : fois/jour Non
Si Oui, merci de nous fournir la prescription pour le passage IDE
 Diabétique Oui, avec injections Oui, sans injections Non
 Si oui, injections Matin Midi Soir
 Si oui, gère seul(e) ses injections Oui Non
 Injection pendant le séjour Oui Non
 Si oui, à quelle date :
 Nom du produit :
 Motif de l'injection :

Autres soins (pansement, kiné...) : Oui Non
 Si oui, précisez :
 Allergie : Oui Non
 Si oui, précisez :
 Contraceptif Oui Non
 Si oui, implant? Oral ?
 Gère seule son contraceptif Oui Non
 Si oui, précisez :
 Régime alimentaire (si oui joindre le protocole)
 Si oui, précisez :
 Maladie transmissible : Oui Non
 Si oui, laquelle : Existe-t-il
 une contre-indication médicale
 au libre choix de la vie sexuelle : Oui Non

Informations complémentaires :

Y a-t-il des contre-indications médicales à participer aux activités prévues dans le séjour choisi : Oui Non

Si Oui, lesquelles :

GESTION DES TRAITEMENTS MÉDICAUX

- 1** Vous utiliserez vos propres piluliers : **2** Vous préparerez les traitements pour TOUTE LA DURÉE du séjour :
OU BIEN vous utiliserez les piluliers fournis par DVA **OU BIEN** vous préparerez les traitements pour la
 (semainiers MEDIPAC) : PREMIERE SEMAINE UNIQUEMENT :

ACCORD ÉDUCATIF

Je soussigné(e), en qualité de
 responsable de l'inscription, certifie que les renseignements joints sont exacts. Je certifie avoir pris connaissance des conditions générales et
 particulières de vente de Destinations Voyages Adaptés et les avoir transmises au tuteur. J'ai bien noté que toute fausse déclaration ou
 information volontairement omise concernant le vacancier et pouvant porter préjudice à l'accompagnement du vacancier, pourra faire l'objet de poursuites
 auprès des autorités compétentes.

À Le : / /

Signature :

AUTORISATION DE TUTEUR LÉGAL DANS LE CADRE D'UN SÉJOUR DE VACANCES

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX AVANCÉS PAR DESTINATIONS VOYAGES ADAPTÉS

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Agissant en qualité de :

Responsable légal du majeur protégé :

Adresse de tutelle ou curatelle :

Téléphone : Fax : Email :

J'ai pris connaissance du descriptif des activités prévues et programmées du séjour:

et je déclare qu'il n'y a aucune contre-indication médicale à participer aux activités prévues et à emprunter nos transports.

J'ai pris connaissance des conditions générales et particulières de vente de l'organisme Destinations Voyages Adaptés. Je m'engage à rembourser les frais médicaux avancés par l'organisme Destinations Voyages Adaptés si nécessaire.

Je valide les informations transmises en page 1 du dossier d'inscription concernant la souscription des assurances.

J'ai pris note que Destinations Voyages Adaptés prendra, en cas d'urgence, toutes les dispositions de soins et d'intervention chirurgicale jugées nécessaires par un médecin ou une personne habilitée. J'ai bien noté qu'en cas d'urgence médicale, chirurgicale ou acte grave, l'organisme ou le médecin s'efforcera de contacter le tuteur ou le curateur afin d'obtenir son consentement. À défaut, le consentement du majeur protégé suffira.

En cas d'urgence, le médecin doit de toute façon donner les soins nécessaires. (art. 42C du code de déontologie médicale)

J'ai pris note que Destinations Voyages Adaptés peut diffuser sur son site internet ou ses brochures des photographies de vacanciers prises durant les séjours.

Si vous ne souhaitez pas autoriser cette diffusion, veuillez nous en informer par e-mail.

À :

Le : / /

Nom : Prénom :

Signature et cachet :