

Dossier d'inscription

Le dossier qui suit doit impérativement nous être renvoyé dès confirmation de disponibilité par **D.V.A. 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 B1 B2 (voir grille page 4 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 6 et 7 ou sur www.destinationsva.com)

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

Conditions:

- Foyers de la métropole européenne de LILLE : à partir de 2 personnes inscrites **pour les mêmes dates de séjour.**
- Foyers à moins de 1H30 de LILLE : à partir de 5 personnes inscrites **pour les mêmes dates de séjour.**
- Foyers à plus de 1H30 de LILLE : à partir de 10 personnes inscrites **pour les mêmes dates de séjour.**

Option 2 : Pré-acheminement à partir d'une des villes ou des gares de regroupement (voir p.6 et 7).

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

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

NOM ET PRÉNOM DU VACANCIER :

SÉJOUR :

AUTONOMIE AU QUOTIDIEN

TOILETTE ET HYGIENE :

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|
| 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 |
| 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 |

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 |

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 : | | Fugueur | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Bonne | <input type="checkbox"/> Très bonne | Kleptomane | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles du comportement : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles de la mémoire | <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 |
| <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 | Tendance à l'éthylisme | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

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

Informations complémentaires :

.....

.....

MOTRICITE ET DEPLACEMENT

Besoin d'un fauteuil roulant :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Sait Nager	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Appareillage spécifique :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Est autorisé à la baignade	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Capable de marcher en moyenne	<input type="checkbox"/> 1 km	<input type="checkbox"/> 3 km	<input type="checkbox"/> 5 km	Capable de dormir dans un lit superposé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Résistance à la fatigue	<input type="checkbox"/> Faible		<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Bonne	Sait monter à Cheval	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sait monter un escalier	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> quelques marches	<input type="checkbox"/> Non	Se repère dans l'espace	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sait descendre un escalier	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> quelques marches	<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				Si oui, <input type="checkbox"/> légère	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> complète
<input type="checkbox"/> Par pictogrammes				Déficiência visuelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Communique verbalement	<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 gestuel (LSF)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Appareil auditif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Utilise un langage tactile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Porte des lunettes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Informations complémentaires :

.....

.....

Dossier d'inscription

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

NOM ET PRÉNOM DU VACANCIER :

SÉJOUR :

MEDICAL ET PSYCHIATRIQUE A REMPLIR PAR LE SERVICE MEDICAL

Traitement médical Oui Non
Si oui, le prend seul(e) : Oui Non

Asthmatique : Oui Non
Epileptique Oui Non
Si oui, est-elle stabilisée Oui Non

Fréquence des crises :

Cardiaque / Cardiopathie Oui Non
Diabétique Oui 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 :

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 MEDICAUX

1 Vous utiliserez vos propres piluliers :
OU BIEN vous utiliserez les piluliers fournis par D.V.A. (semainiers MEDIPAC) :

2 Vous préparerez les traitements pour TOUTE LA DURÉE du séjour :
OU BIEN vous préparerez les traitements pour la PREMIERE SEMAINE UNIQUEMENT :

ACCORD ÉDUCATIF

Je soussigné, 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 **D.V.A. 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 D.V.A. DESTINATIONS VOYAGES ADAPTÉS

Je soussigné,

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 **D.V.A. Destinations Voyages Adaptés**. Je m'engage à rembourser les frais médicaux avancés par l'organisme **D.V.A. 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 **D.V.A. 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. A 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 **D.V.A. 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 email.

À:

Le : / /

Nom : Prénom :

Signature et cachet :