

Fiche de Situation

Cette "fiche de situation" est nécessaire pour la validation de l'inscription du participant.
Afin de permettre une orientation correspondant au mieux au vacancier, nous vous remercions de bien vouloir compléter la présente fiche avec le plus de précisions possibles.

• Objectif du séjour : découverte de l'environnement Repas Ruptures Choix personnel

• Nature de son handicap :

• Son autonomie (motricité physique) : (Précisez si la personne a besoin d'un accompagnement pour se déplacer)

• Son autonomie alimentaire & sanitaire : (Précisez ses régimes particuliers, si stimulation ou aide pour la toilette)

• Relationnel avec les autres dans un groupe :

• Relationnel à l'animateur :

• Comportement et manifestations de violence : (Indiquez vos recommandations particulières)

• Intimité et relations affectives :

• Capacités pour les activités sportives et centres d'intérêt :

• Séjours de vacances déjà réalisés : (Indiquez les éventuels problèmes rencontrés)

• Divers : (Détaillez tous les rituels et mentionnez les informations importantes à nous communiquer)

Fiche de posologie

A compléter en cas de traitement durant le séjour et à joindre au dossier d'inscription. En faire une copie à joindre au semainier.

-Ce document doit être dûment rempli par le médecin ou l'infirmière qui suivent le participant

-Il permettra au directeur du séjour d'assurer au mieux le traitement du vacancier et ainsi d'éviter tout risque médical majeur

-Nous vous demandons de joindre une copie de cette «fiche posologie» au(x) semainier(s) du participant préparé(s) pour la durée du séjour et remis le jour du départ au directeur

Séjour choisi	
Nom du vacancier	Prénom
Né(e) le ²¹	Age
Nature de son handicap	
Adresse habituelle	
Numéro de sécurité sociale _____ / _____	Caisse
Etablissement fréquenté	
Téléphone	Tél du médecin traitant

Traitement et posologie

Médicaments	Mode d'emploi	Durée d'utilisation	Quantité	Fréquence			Rôle de ce médicament	Ce qui peut se passer en cas de non-prise
				mat	midi	soir		
Nom	Voie	nombre de jours	par jour					Risques

Divers (piques, collyres, informations importantes)

.....

NOM :

PRENOM :

FONCTION :

Date :

Signature :

Cachet :

Je fais ce que je veux ! Tourisme et loisirs adaptés
Bulletin d'inscription

Séjour choisi : / / au / / Prénom
 Dates : du / / au / / Age
 Femme Homme Né(e) le / /
 Adresse habituelle :
 Sécurité Sociale : Nom et Prénom de l'assuré
 N° SS Caisse

photo d'identité
obligatoire

Nom et Prénom	Adresse	Code Postal et Ville	Téléphone
Personne chargée* de l'inscription et du suivi séjour			
Où adresser les convocations de départ ?			
Où adresser la facture ?			
Personne* à prévenir en cas d'urgence ?			
Médecin traitant			

* personne joignable pendant la durée du séjour

Transport : Ville de départ et retour Ou sur le centre

Pourcentage de handicap % Mention : Station debout pénible Tierce personne

Pour valider l'inscription (voir conditions générales), joindre la fiche de situation (annexée) en n'omettant pas de noter le niveau d'autonomie + le premier acompte.

Pièces à fournir en complément du bulletin d'inscription :

- Sous réserve (après confirmation d'inscription) : Copies de : Pièce d'identité, Carte de SS et de mutuelle, carte d'invalidité photocopiée des vaccinations, fiche posologie médicaments
- Jour de départ : Ordonnance de moins d'1 mois et traitement dans semailier(s) préparé(s) (obligatoire) ; Argent de Poche

Association « Je Fais ce que je Veux ! »
 Siège Social : Le Bourg, 46100, Camboulit.
 Tel : 06 70 89 87 59 ou 06 98 94 32 62

Adresse mail : jfv.tourisme.loisirs.adaptés@gmail.com

Merci de remplir cette fiche minutieusement, afin que les responsables de séjour et l'équipe d'animation connaissent au mieux le vacancier.

Lieu de résidence habituel : foyer appartement parents mas hôpital
 autre

- S'agit il d'un premier départ en séjour ? non oui combien
- En couple sur le séjour ? non oui avec
- Handicap physique lié au handicap mental ? non oui lequel ?
- A t'il un régime alimentaire ? non oui lequel ?
- A t'il une contre-indication alimentaire ? non oui laquelle ?
- Présente-t-il des troubles digestifs ? non vomissements diarrhée constipation crise d'acétion Enurésie ? non oui

- Encopresie ? non oui
- A-t-il une contre-indication médicamenteuse ? non oui laquelle ?
- A-t-il des allergies ? non oui lesquelles ?
- Souffre-t-il d'asthme ? non oui traitement habituel
- Est-il sujet à des crises d'épilepsie ? non oui fréquence
- Porte-t-il des lunettes ? non oui n° des verres
- Contraception ? non oui laquelle
- La vacancière est-elle réglée ? non oui
- Appareil dentaire ? non oui
- Appareil auditif ? non oui
- Problème auditif ? non oui
- Affection du langage ? non oui si oui (rayer la mention inutile) : langage - geste - ne parle pas

- Autonomie : très bonne bonne moyenne assistance permanente nécessaire
- Propreté de jour acquise ? non oui si non précisez
- Propreté de nuit acquise ? non oui si non précisez
- Stimuler pour la toilette ? non oui

- Aide complète pour la toilette ? non oui
- S'occupe de son linge ? non oui
- Peut laver son linge ? non oui
- Gère son argent de poche seul ? non oui
- Le gère avec aide ? non oui
- Sorties seul(e) autorisées hors du site ? non oui
- Prend seul son traitement médical ? non oui

Divers : est-il (elle) autorisé(e) à la consommation :

- D'alcool ? non oui type et fréquence
- De Cigarettes ? non oui quantité journalière
- Sait-il (elle) nager ? non oui baignade autorisée : non oui

Convocation départ et retour : sera accompagné(e) sur le lieu de rendez-vous : non oui
 Est autorisé(e) à rentrer seul (e) du lieu de convocation retour à son site d'accueil : non oui

A quelles personnes, le vacancier peut-il adresser un courrier ? (Nom, prénom, adresse)

Comportement :

- Troubles ? non oui
- Lesquels
- Aggressivité ? non oui
- Pour séjour hiver : Taille
- Pointure (chaussure de ville)
- Niveau ski de fond
- Niveau ski alpin

AUTORISATION DU TUTEUR LEGAL

Je soussigné....., agissant en qualité de....., autorise le responsable du séjour, après consultation d'un médecin et en cas d'urgence, à faire soigner, hospitaliser, et faire pratiquer des interventions chirurgicales en cas de nécessité.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques engagés par l'association.

J'accepter qu'en cas d'annulation du séjour par le tuteur ou le vacancier, le premier acompte versé à l'association lui restera dû.

A....., Le....., Signature (obligatoire) :