



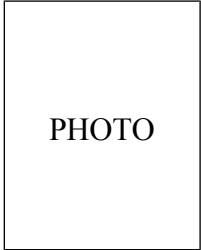
Association VITA'VIE

n°SIREN : 521 618 884

Agrément VAO n°2012-164-0002

Immatriculation tourisme IM013130008

FICHE D'INSCRIPTION Vacances Adaptées



SEJOUR CHOISI

Lieu..... Dates du..... au.....

Niveau d'autonomie du participant (Voir tableau des autonomies)

- TBA (Très bonne autonomie) BA(Bonne autonomie)
 AM (Autonomie moyenne) FA (Faible autonomie)
 Fauteuil

PARTICIPANT

Nom..... Prénom.....
 Date de naissance..... Née à.....
 Adresse.....
 Code postal..... Ville.....
 Téléphone..... Fax.....
 Établissement fréquenté durant l'année :.....
 Nom de la personne de référence.....
 Mail.....@.....

!/ FAMILLES A CONTACTER DURANT LE SEJOUR

Nom :..... Prénom.....
 Lien :..... Tel.....
 Adresse :.....
 Téléphone..... Fax.....
 Nom :..... Prénom.....
 Lien :..... Tel.....
 Adresse :.....
 Téléphone..... Fax.....

Si Tutelle :

Nature de la tutelle :.....
 Celle-ci est assurée par.....
 Organisme.....
 Téléphone..... Fax.....

ASTREINTE A CONTACTER DURANT LE SEJOUR

Nom..... Prénom.....
 Téléphone..... Fax.....
 Adresse.....
 Code postal..... Ville.....
 Téléphone..... Fax.....
 Même adresse que le participant

ASSURANCE

VITA'VIE vous conseille l'assurance Annulation du séjour.
 Nous vous proposons une assurance au prix de 3,9% du montant
 du séjour. Le chèque est à joindre impérativement à la fiche
 d'inscription.
 Les conditions d'annulation sont inscrites dans les conditions
 Générales d'inscription de VITA'VIE
 Je souscris à l'assurance Annulation de séjour OUI NON

Le relevé de frais sera adressé à :

Nom..... Prénom.....
 Adresse.....
 Code postal..... Ville.....
 Téléphone..... Fax.....
 Même adresse que le participant

Les informations concernant le séjour et le voyage seront Adressées :

Même adresse que ci dessus : Sinon :
 Nom..... Prénom.....
 Adresse.....
 Code postal..... Ville.....
 Téléphone..... Fax.....
 Même adresse que le participant

ACCEPTATION (signature obligatoire)

Je soussigné M..... agissant en qualité de
certifie exacte les informations
 données ci-dessus, avoir pris connaissance des conditions
 générales d'inscription et déclare les accepter sans réserve.
 Fait à..... le.....
 Signature

PERSONNE A CONTACTER DURANT LES WEEK-ENDS-SOIREES-JOURS FERIES (obligatoire)

Tel..... Port..... Fax.....

Nom :

Prénom :

POPLETE-HYGIENE-TOILETTE

- Sait aller aux WC seul stimulé non
fait sa toilette seul stimulé non
A peur de l'eau oui non
Sait s'habiller seul stimulé non
Sait changer ses vêtements seul stimulé non
Change ses sous-vêtements seul stimulé non
Sait se chausser seul stimulé non
Reconnaît ses vêtements oui non
Sait se raser seul stimulé non
Est énurétique le jour la nuit
Est encoprétique oui non

Si problème d'énurésie la nuit, il est nécessaire de nous fournir 2 alèses imperméables pour la durée du séjour.

REPAS-ALIMENTATION

- Sait se servir à manger seul stimulé non
Sait se servir à boire seul stimulé non
Porte un appareil dentaire oui non
Faut-il lui mixer ses aliments oui non
Suit un régime oui non

Si oui, merci de préciser en joignant des indications précises sur le régime.

- A l'habitude de boire du café après les repas oui non
Consomme des boissons alcoolisées oui non
Quelles remarques pouvez-vous faire sur son alimentation, sa façon de manger ?
.....
.....

NUIT-SOMMEIL-LEVER-COUCHER

- Se couche très tôt (après le dîner) oui non
A peur de l'obscurité pour s'endormir oui non
A des angoisses nocturnes, des insomnies oui non
Se lève la nuit oui non
A un lever difficile oui non
Fait la sieste oui non
Peut dormir sur un lit superposé oui non
Que préconisez-vous
.....
.....

VUE

- Porte des lunettes, des lentilles oui non
Si oui, En permanence Occasionnellement
Déficience visuelle oui non
Si oui, de quel ordre ?

ARGENT PERSONNEL (nous conseillons 15 à 30€ par semaine)

- Gère son argent seul stimulé non
Sait faire un achat simple seul stimulé non
Habituellement, reçoit son argent personnel :
 Chaque jour Chaque semaine Une fois par mois

COMMUNICATION

- Sait téléphoner seul stimulé non
Sait écrire seul stimulé non
Sait lire seul stimulé non
Communiqué cris geste langage
Déficience auditive oui non
Si oui, de quel ordre ?

SORTIES ET DEPLACEMENTS

- Sort seul après préparation oui non
Sort par petit groupe (sans moniteur) oui non
Sait demander son chemin oui non
Sait lire l'heure oui non
Est capable de rentrer à heures fixes oui non
Est capable de s'adapter à des lieux nouveaux oui non
De s'y repérer oui non
Peut monter un escalier seul oui non
Difficultés motrices oui non
De quel ordre ?

- Se déplace en fauteuil roulant oui non
Se déplace avec des cannes oui non
Peut monter sur un lit superposé oui non
Remarques complémentaires quant aux sorties et déplacements
.....
.....

ACTIVITE-LOISIRS

- Peut choisir une activité parmi plusieurs oui non
Sait nager oui non
Pratique régulièrement un sport oui non
Si oui, lequel ?

- Peur marcher -1 heure +1 heure
Peut soutenir son attention de façon prolongée oui non
Autres centres d'intérêt ?
.....
.....

Remarques complémentaires quant aux loisirs :
.....
.....

SEXUALITE

- Vit de couple oui non
Utilise un moyen contraceptif oui non
Est-il inscrit en couple oui non
Si oui, merci de nous donner le nom de l'autre personne :
.....
.....

- Partage la même chambre oui non

SANTE

- A un traitement médical oui non
Semainier prêt pour la durée du séjour oui non
Prend son traitement oui a donner
Fume habituellement oui non
Quantité quotidienne.....
 Épilepsie stabilisée Occasionnellement Fréquente non
Poids..... Taille.....

COMPORTEMENT

- A un objet fétiche oui lequel..... non
A des rites oui lesquels..... non
A des goûts particuliers oui lesquels..... non
A tendance à fuir oui non

Indiquer ci-après les renseignements que vous jugez utiles de nous communiquer quant au comportement du vacancier (émotivité, agressivité...) et quant à ses habitudes de vie (santé, religion...) :
.....
.....
.....

Si le vacancier souffre de troubles de comportement ou de la personnalité, veuillez nous transmettre un complément d'informations en annexe