

DOSSIER DE PRE-RESERVATION

Ce document doit nous être retourné **complet et dûment complété** dès l'inscription accompagné impérativement de 495 e d'arrhes.

Chaque dossier est étudié avant le séjour. Dans le cas où l'autonomie du vacancier ne correspond pas à celle requise au séjour choisi nous nous réservons le droit de vous proposer une autre destination ou de refuser l'inscription.

NOM et PRENOM: DATE DE NAISSANCE:
SEJOUR DESIRE: DATES:
ETABLISSEMENT D ORIGINE ET ADRESSE DE L ETABLISSEMENT OU DU VACANCIER
TYPE DE HANDICAP:
TRAVAILLEUR ESAT: OUI NON
LIEU D HABITATION: Foyer APPARTEMENT PARENTS HOPITAL
EN COUPLE SUR LE SEJOUR: OUI NON Si OUI avec:

COORDONNEES ADMINISTRATIVES

PERSONNE CHARGEE DE L INSCRIPTION: Nom: Prénom: Tél:
Adresse:
ADRESSE D EXPEDITION DES DOCUMENTS DE VOYAGE:
ADRESSE D EXPEDITION DE LA FACTURE (1 pour la pré-inscription, 1 pour le complément d'arrhes, 1 pour le solde)
PERSONNE A PREVENIR EN CAS D URGENCE (disponible 24h/24 - 7 j/7 pendant les transport):
Tél: LIEN AVEC LE VACANCIER:
MEDECIN TRAITANT: Adresse: Tél:
SI TUTELLE: Nom de l'association tutelaire:
Adresse de l'association tutelaire:
Nom du tuteur: Tél. du tuteur:

ASSURANCE ANNULATION (optionnelle)

GARANTIE ANNULATION (5% du prix du séjour) OUI NON

Cette assurance vous assure le remboursement des sommes versées uniquement dans le cadre de la législation française en matière d'assurance (hospitalisation, décès du père, de la mère ou d'un membre de la fratrie, ...).

PRE-ACHEMINEMENT AU RAMASSAGE

TAXI: Tél:

NOM: PRENOM: SEJOUR DESIRE:

SANTE

Traitement médical	OUI	NON	Allergies	OUI	NON
Si OUI pris seul	OUI	NON	si OUI lesquelles		
Acte médical nécessitant une intervention médicale	OUI	NON		
Si OUI type et fréquence (joindre l'ordonnance):				
.....				
Si les passages sont quotidiens nous contacter			Contraceptif	OUI	NON
Epilepsie	OUI	NON	Type de contraceptif		
Injection (joindre ordon-	OUI	NON	Pris seul	OUI	NON
Si OUI dates:			Encoprésie	OUI	NON
Cardiaque	OUI	NON	si OUI alèse obligatoire		
Asthmatique	OUI	NON	Enurésie	OUI	NON
Diabétique	OUI	NON	si OUI alèse obligatoire		
insulinodépendant	OUI	NON	Apnées du sommeil	OUI	NON
Gère seul ses injections	OUI	NON	Si OUI type d'appareil		
Fréquence des injections			Si OUI gère seul	OUI	NON
			Appareil dentaire	OUI	NON
			Régime alimentaire	OUI	NON
			si OUI lequel		
				
				
			Repas mixés	OUI	NON

TRAITEMENT MEDICAL

Joindre le double de l'ordonnance

Matin:

Midi:

Soir:

Coucher:

Il est rappelé que les piluliers doivent être préparés pour l'ensemble du séjour soit par la structure d'accueil soit par une infirmière ou encore soit par la famille qui gère habituellement les traitements. Nous recommandons la préparation quotidienne par rouleaux de sachets au nom et prénom du vacancier (acte à faire en pharmacie).

NOM: PRENOM: SEJOUR DESIRE:

IMPORTANT: A REMPLIR AVEC LE PLUS DE PRECISIONS POSSIBLES

Si vous avez d'autres points, éléments ou précautions sur lesquels vous souhaiteriez insister, merci de le mentionner ci-dessous.

AUTONOMIE AU QUOTIDIEN

HYGIENE:

MEDICAMENTS:

LINGE:

REPAS:

ARGENT PERSONNEL:

COMPORTEMENT

Relation avec le groupe:

Relation avec l'encadrement:

Participation aux activités :

REMARQUES COMPLEMENTAIRES/CONTRE INDICATIONS

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

(tout dossier incomplet ne pourra être accepté par notre association)

- Dossier complet dûment rempli
- Photocopie de l'attestation d'assurance maladie
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Copie de la prescription médicale valable pour la durée du séjour
- Photocopie recto-verso de la carte d'identité ou passeport valable pour les vols aériens
- Les arrhes d'un montant de 495 € ou du devis signé des mandataires judiciaires pour les personnes sous tutelle ou curatelle

NOM: PRENOM: SEJOUR DESIRE:

CAPACITES MOTRICES ET COMMUNICATION

Veillez à ce que les capacités motrices correspondent au séjour

Difficultés motrices:	OUI	NON	Apte aux randonnées	OUI	NON
Chaise roulante : nous Contacter impérativement	OUI	NON	Est capable de marcher	1 km 5 kms	3 kms plus
Fatigabilité:	OUI	NON	Peut monter un esca-	OUI	NON
Difficulté de motricité (entraîne une majoration)	OUI	NON	Baignade surveillée	OUI	NON
			Sait nager	OUI	NON

Difficulté du langage	OUI	NON	Porte des lunettes	OUI	NON
Si oui se fait comprendre	OUI	NON	Sait lire	OUI	NON
Comprend ce qu'on lui dit	OUI	NON	Sait écrire	OUI	NON
Langage Muet	Sourd	Problème auditif			
Difficultés visuelles	OUI	NON			

COMPORTEMENT et AUTONOMIE

Troubles du comportement	OUI	NON	Fugueur	OUI	NON
Agressivité physique	OUI	NON	Kleptomanie	OUI	NON
Agressivité verbale	OUI	NON	Automutilation	OUI	NON
Relation avec l'encadrement:			Trouble du comporte- ment à caractère sexuel	OUI	NON
Relation avec le groupe:					
Trouble de l'orientation	OUI	NON			
Trouble du sommeil	OUI	NON			
Peut consommer de l'alcool	Pas du tout Un peu	OUI			

Autonomie générale	Très bonne	Bonne	Moyenne		
Sortie seul autorisée	OUI	NON	Se lave seul	OUI	NON
Gère seul son argent	OUI	NON	Va aux toilettes seul	OUI	NON
Peut se vêtir seul	OUI	NON			
S'occupe de son linge	OUI	NON			

NOM: PRENOM: SEJOUR DESIRE:

GESTION ARGENT PERSONNEL

DATE LIMITE DE L ENVOI AU 30 JUIN DE L'ANNEE EN COURS
(passé ce délai nous ne pouvons garantir la gestion de l'argent personnel par nos soins)

MONTANT: N° CHEQUE OU VIREMENT: DATE
NOM DE LA PERSONNE AYANT PRIS EN CHARGE L OPERATION
lien avec le vacancier Tél

CONSIGNE DE GESTION DE L ARGENT OU DISTRIBUTION
.....
.....

Le GREAT vous conseille vivement de nous faire parvenir l'argent personnel de chaque vacancier soit par virement bancaire soit par chèque. Ceci évite tous les problèmes pouvant léser le vacancier (perte, vol,...) durant le séjour. Une attestation de l'association vous sera fournie après le séjour et vous sera adressée avec le reliquat d'argent s'il en est.

ATTESTATION DU TUTEUR LEGAL

Je soussigné :

Agissant en qualité de

NOM / PRENOM du vacancier :

déclare avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue GREAT séjours vacances adaptés.

Je déclare en outre qu'il n'y a pas d'interdiction médicale particulière à ce qu'il suive les activités proposées dans la description du séjour choisi ainsi qu'à emprunter nos transports.

Je m'engage à rembourser sous quinzaine de réception des feuilles de soin tout frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le GREAT.

Certifié exact, « lu et approuvé »

à le

(signature et cachet)

INFORMATIONS GENERALES

Informations supplémentaires pouvant être utiles à la bonne prise en charge de la personne inscrite : ne pas hésiter à fournir un maximum d'informations pouvant aider l'équipe d'animation. Un courrier supplémentaire (sur feuille libre) peut être joint au dossier.

DOSSIER A COMPLETER SCRUPULEUSEMENT SOUS PEINE D'ANNULATION.