



Nom et prénom du vacancier :

Destination :

GESTION ARGENT PERSONNEL

Date limite de l'envoi : 1^{er} décembre (séjour d'hiver) et 30 juin (séjour d'été)
(Passé ce délai nous ne pouvons garantir la gestion de l'argent personnel par nos soins)

MONTANT : euros

CONSIGNE DE GESTION OU DISTRIBUTION
Combien ? Périodicité ?

.....
.....
.....

Titulaire du compte : Great			
Code banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
16275	10700	08101824764	69
IBAN FR76 1627 5107 0008 1018 2476 469			
BIC CEPAPRPE27			

L'association Great vous conseille vivement de nous faire parvenir l'argent personnel de chaque vacancier (par chèque ou virement). Ceci évite tous les problèmes pouvant léser le vacancier (perte, vol...) durant le séjour. Nous vous fournirons un décompte individuel d'argent personnel en fin de séjour pour les vacanciers n'ayant pas d'autonomie financière, nous vous restituerons également le reliquat d'argent s'il y a lieu.

NB : Si la personne est de bonne autonomie et que vous demandez la distribution d'une somme importante chaque semaine, nous ne serons pas en mesure de vous fournir tous les justificatifs.

NOTES IMPORTANTES TUTEUR / FOYER

Toute inscription, sous-entend avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente incluses dans le catalogue de l'association Great et les accepter. Notamment, le fait qu'il n'y ai pas d'interdiction médicale particulière à participer au séjour, à suivre les activités proposées dans la description du séjour choisi, ainsi qu'à emprunter nos transports. Toute inscription engage le tuteur (ou l'organisme payeur) à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le Great.

IMPORTANT

Pour l'envoi de la facture

Courriel du tuteur :

Pour la réception : confirmation de réservation, demandes particulières, convocations, bilans, code accès photos, identifiants dossier en ligne...

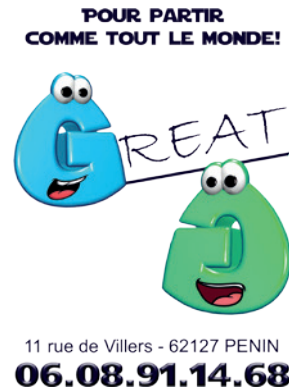
Courriel de la personne chargée de l'inscription :

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

(TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE ACCEPTÉ PAR NOS SERVICES)

- Dossier complet dûment rempli (impératif)
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale
- Photocopie de la carte de mutuelle
- Copie de la carte européenne pour les séjours en Europe
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Copie de la prescription médicale dactylographiée valable pour la durée du séjour
- Photocopie de la carte d'identité (recto-verso) ou passeport pour les vols aériens

Il est impératif de compléter scrupuleusement cette fiche



Fiche de renseignements à renvoyer dûment complétée et signée à :

Great - 11 rue du Villiers, 62127 PENIN ou par mail : **sandrinedrzal@hotmail.fr**

RAPPEL : avant de remplir ce formulaire, assurez vous que les capacités d'autonomie et comportementales de la personne correspondent au séjour choisi, il en relève de votre responsabilité. Véhicule, gîtes et matériels ne sont ni aménagés, ni médicalisés.

Le Great se réserve le droit de refuser une personne dont l'autonomie serait jugée non conforme aux conditions d'accueil et d'accompagnement mis en place pour le séjour, et ce, à n'importe quel moment.

Important : Il est impératif de fournir ce document minimum 1 mois avant le départ du séjour, sans cela le Great se réserve le droit de refuser la personne. Veuillez nous aviser de tout changement d'état de santé (ou de traitement) du vacancier avant le début du séjour.

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom et prénom de la personne inscrite : Date de naissance :

Séjour : Dates :

Adresse du vacancier :

Handicap :

Autonomie générale : ☐ **A** Bonne autonomie Autonomie physique : ☐ **1** Pas de problème moteur (bonne marche)
☐ **B** Autonomie relative ☐ **2** Petit problème moteur (petite marche)
☐ **C** Pas autonome ☐ **3** Problème moteur (besoin d'aide)
☐ **PA** Personne vieillissante

En couple sur le séjour ☐ oui ☐ non Si oui avec :

Adresse d'expédition des documents du séjour :

Mail :

Adresse d'expédition de la facture :

Mail :

Mesure de protection judiciaire : ☐ aucune ☐ tutelle ☐ curatelle

Personne à prévenir en cas d'urgence durant le séjour :

Téléphone : Mail : Lien avec le vacancier :

Médecin traitant : Téléphone : Ville :

ARGENT DE POCHE

Date limite de l'envoi : 1^{er} décembre (séjour d'hiver) et 30 juin (séjour d'été)

Envoi de l'argent de poche au Great ☐ oui ☐ non Si oui : ☐ par chèque ☐ par virement

Argent de poche donné au départ ☐ oui ☐ non Montant : euros

Le vacancier aura sur lui au départ : ☐ son argent en espèces Montant : euros
☐ sa carte bancaire

Il est impératif de compléter scrupuleusement cette fiche



Nom et prénom du vacancier :

Destination :

AUTORISATION	OUI	NON
--------------	-----	-----

Sorties		
---------	--	--

Seul (sans accompagnateur)		
En petit groupe (sans accompagnateur)		
Seul après un repérage des lieux		
Sait s’orienter dans un lieu inconnu		
Traverse la chaussée sans danger		
Sait demander son chemin		

Traitements médicaux		
----------------------	--	--

A-t-il un traitement médical ?		
Gère t-il ses médicaments ?		
A-t-il des soins médicaux à réaliser par une IDE durant le séjour ? Si oui, merci de faire parvenir une ordonnance 1 mois avant le séjour		
Précisez :		

Baignade		
----------	--	--

Sait nager		
Si oui, j’autorise le vacancier à se baigner sans surveillance		

Argent de poche		
-----------------	--	--

A la valeur de l’argent		
Gère son argent		

Sexualité		
-----------	--	--

Gère sa sexualité		
Moyen de contraception		
Si oui, précisez :		

Vêtements		
-----------	--	--

Gère ses vêtements seul		
Reconnaît ses vêtements		

RELATION AVEC	B	R	TA	I
---------------	---	---	----	---

Vacanciers				
Encadrement				
Hommes				
Femmes				
Enfants				
Inconnus				
Animaux				

B=Bon, R=Réservé, TA=Très Affectueux, I=Isolé

ADDICTIONS	OUI	NON	PARTIELLE
------------	-----	-----	-----------

Tabac, nombre de cigarettes/jour :			
Alcool			
Café			
Nourriture			
Autres, précisez :			
.....			

VIE QUOTIDIENNE	Seul	Stimulation verbale	Guidance gestuelle
-----------------	------	---------------------	--------------------

Alimentation (ATTENTION, PAS D'AIDE)			
--------------------------------------	--	--	--

Mange			
Boit			

	OUI	NON
--	-----	-----

Risque de fausse route		
Faut-il une alimentation mixée		
Faut-il une alimentation coupée fin		

Régime alimentaire :
si oui, précisez et fournir le protocole

Potomanie		
Trouble alimentaire :		
Allergie alimentaire :		
.....		

Toilette (simple aide)	Seul	Stimulation verbale	Guidance gestuelle
------------------------	------	---------------------	--------------------

Fait sa toilette			
Se lave les dents			
Se lave le dos			
Se lave les cheveux			
S’habille			
Se déshabille			
Se rase / se coiffe			
Va aux toilettes			

ÉNURÉSIE si oui, prévoir les protections et doit savoir gérer le change seul	OUI	NON
--	-----	-----

Énurésie nocturne		
Fréquence des changes :		
Énurésie diurne		
Fréquence des changes :		

ENCOPRÉSIE si oui, prévoir les protections		
--	--	--

Éncoprésie nocturne		
Fréquence des changes :		
Éncoprésie diurne		
Fréquence des changes :		

Communication	Seul	Stimulation verbale	Guidance gestuelle
---------------	------	---------------------	--------------------

Parle			
Comprend			
Sait se faire comprendre			
Sait lire			
Sait écrire			
Sait lire l’heure			
Voit			
Entend			



Nom et prénom du vacancier :

Destination :

CAPACITÉS PHYSIQUE/APPAREILLAGE	OUI	NON
---------------------------------	-----	-----

Marche		
--------	--	--

Bon marcheur		
Fatigable		
Très limité		

Problème moteur, si oui précisez :
--

Canne		
Chaussures orthopédiques		

Monte les escaliers		
---------------------	--	--

Perte d'équilibre		
-------------------	--	--

Vertiges		
----------	--	--

Peut dormir dans un lit superposé		
-----------------------------------	--	--

Trouble de l’ouïe		
-------------------	--	--

Porte un appareil auditif oreille gauche		
Porte un appareil auditif oreille droite		
N'entend pas		

Trouble de la vue		
-------------------	--	--

Porte des lunettes		
Porte des lentilles		
Si oui, gère t-il ses appareils ? Si oui nous nous dégageons de toute responsabilité en cas de perte ou de casse		
Mal voyant (supplément 145€ d’accompagnement renforcé)		
Non voyant (supplément 145€ d’accompagnement renforcé)		

COMPORTEMENT	OUI	NON
--------------	-----	-----

Crise d’angoisse		
Délires		
Troubles obsessionnels		
Phobies, si oui précisez :		
Comportement exhibitionniste		

Agressivité		
-------------	--	--

Envers lui		
Envers les autres		
Envers les objets		

Vol, cleptomanie ?		
--------------------	--	--

A-t-il conscience du danger ?		
-------------------------------	--	--

Tendance à fuir		
-----------------	--	--

Tendance à errer		
------------------	--	--

A-t-il un bon sommeil ?		
-------------------------	--	--

Se lève t-il la nuit ?		
Se lève tôt, si oui précisez l’heure :		
A un lever difficile		
Fait la sieste		
Se couche tôt, si oui précisez l’heure :		

A-t-il des rituels ? si oui, précisez :

TROUBLES DIVERS	OUI	NON
-----------------	-----	-----

Diabète (pas plus de 2 injections/jour notamment pendant les jours de voyage où nous sommes dans l’incapacité de les effectuer)		
Gère seul		
Besoin IDE, si oui fréquence :		
(pas possible lors des sorties à la journée)		

IMPORTANT

Groupe sanguin :

TROUBLES DIVERS	OUI	NON
-----------------	-----	-----

Épilepsie		
-----------	--	--

Stabilisé (doit être stabilisée, dans le cas contraire nous ne pourrions pas accueillir la personne)		
Fréquence :		
Malgré l’épilepsie, baignade autorisée ? Si oui, joindre un certificat médical autorisant la baignade		

Asthme		
--------	--	--

Cardiopathie		
--------------	--	--

Autisme		
---------	--	--

Schizophrénie		
---------------	--	--

ATTENTION ET SOINS PARTICULIERS
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

AUTORISATION D’INTERVENTION MÉDICALE OU CHIRURGICALE D’URGENCE
--

Je soussigné(e), Mr / Mme
agissant en qualité de
de Mr / Mme
1/ Autorise le responsable du séjour, après consultation du praticien à faire donner tous les soins médicaux que nécessiterait l’état de santé du vacancier dont son hospitalisation voire une intervention chirurgicale 2/
Prendre en charge la totalité des dépenses ainsi engagées pour le compte du vacancier.
Fait à le
Lu et approuvé, Signature :

Je soussigné(e), Mr / Mme
agissant en qualité de
certifie que les informations précisées dans cette fiche sont exactes. J’ai bien noté que toute fausse déclaration ou information volontairement omise concernant le vacancier et pouvant porter préjudice à son accompagnement, pourra faire l’objet d’une annulation d’inscription de notre part ou un rapatriement si le séjour est commencé, sans aucun dédommagement ou indemnité.
Fait à le
Lu et approuvé, Signature :

Si nécessaire, pour toute information complémentaire concernant le profil de la personne, vous pouvez joindre une complément sur papier libre.

Il est impératif de compléter scrupuleusement cette fiche

Il est impératif de compléter scrupuleusement cette fiche