



Nom et prénom du vacancier : .....

Destination : .....

## GESTION ARGENT PERSONNEL

Date limite de l'envoi : 1<sup>er</sup> 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

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

CONSIGNE DE GESTION OU DISTRIBUTION  
 Combien ? Périodicité ?

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 restituons 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 OBLIGATOIREEMENT 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**

POUR PARTIR  
 COMME TOUT LE MONDE!



11 rue de Villers - 62127 PENIN  
**06.08.91.14.68**

Fiche de renseignements à renvoyer dûment complétée et signée à :

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

**B** Autonomie relative

**C** Pas autonome

**PA** Personne vieillissante

Autonomie physique :  **1** Pas de problème moteur (bonne marche)

**2** Petit problème moteur (petite marche)

**3** Problème moteur (besoin d'aide)

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<sup>er</sup> décembre (séjour d'hiver) et 30 juin (séjour d'été)

Envoy 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En petit groupe (sans accompagnateur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seul après un repérage des lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait s'orienter dans un lieu inconnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traverse la chaussée sans danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Traitements médicaux**

A-t-il un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gère t-il ses médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :	.....	

**Baignade**

Sait nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, j'autorise le vacancier à se baigner sans surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Argent de poche**

A la valeur de l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gère son argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sexualité**

Gère sa sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyen de contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :	.....	

**Vêtements**

Gère ses vêtements seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaît ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RELATION AVEC****B****R****TA****I**

Vacanciers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encadrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hommes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inconnus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**ADDICTIONS****OUI****NON****PARTIELLE**

Tabac, nombre de cigarettes/jour :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez :	.....		<input type="checkbox"/>

**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

**Il est impératif de compléter scrupuleusement cette fiche**

Nom et prénom du vacancier : .....

Destination : .....

**IMPORTANT**

Groupe sanguin : .....

**CAPACITÉS PHYSIQUE/APPARAILLAGE****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 dégagons 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, kleptomanie ?****A-t-il conscience du danger ?****Tendance à fuguer****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 convoyage où nous sommes dans l'incapacité de les effectuer)

Gène seul

Besoin IDE, si oui fréquence : .....

(pas possible lors des sorties à la journée)