

DOSSIER D'INSCRIPTION DU PARTICIPANT

NOM ET PRENOM :

Nous vous invitons, au travers de deux séjours, à venir découvrir la Margeride et le Gévaudan, tout cela accompagné d'une équipe qualifiée et dynamique.

Ainsi vous aurez le choix entre deux séjours :

- **Vi'la détente** : Dans un cadre reposant, nous proposons de multiples activités, tout en respectant le rythme de chaque personne dans leur quotidien (relaxation, après-midi musicale, restaurant ...)

-Autonomie qui correspond à un séjour Vi'la détente :

Personne qui est à la recherche d'un séjour reposant. Les activités se déroulent essentiellement l'après-midi sur le centre de vacances ou aux alentours, tout en respectant le rythme de chaque vacancier.

Personne nécessitant une présence plus soutenue dans les gestes de la vie quotidienne (toilette, prise de repas, argent personnel, prise de médicaments...).

Personne se déplaçant seule ou avec de l'aide (besoin d'une tierce personne, déambulateur ou d'un fauteuil roulant).

-**Vi'la Lozère** : Toujours dans un cadre reposant, ce séjour présente un rythme plus dynamique (Visite parc des bisons, bowling, scénovision...), tout en privilégiant un accompagnement personnalisé pour les vacanciers.

-Autonomie qui correspond à un séjour Vi'la lozère :

Personne sociable, dynamique, participant volontiers aux activités proposées.

Possibilité d'être accompagné ou stimulé dans certains domaines de la vie quotidienne (prise de médicaments, argent personnel...)

Autonome ou simple guidance pour la toilette.

Pas ou peu de problème moteurs, la personne se déplace sans difficulté sur des moyennes distances (5km), tout en respectant le rythme de l'utilisateur.

Autonomie ou léger accompagnement pour la prise des repas.

Pour plus de renseignements vous pouvez consulter le site internet de Vi'la Margeride :

www.vila-margeride.com

N'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations, ou pour effectuer vos réservations

-Par téléphone au 04.66.31.03.97

-Par mail : secretariatstalban@associationstnicolas.fr

ATTENTION les pré-réservations doivent se faire par téléphone ou par mail, le dossier d'inscription doit être renvoyé, dûment complété, avant le

15 Avril 2020

Nous vous confirmerons dans les meilleurs délais cette réservation en fonction de la disponibilité de nos séjours.

THEME VACANCES ADAPTEES ORGANISEES CHOISI :

.....

Dates :

PHOTO
OBLIGATOIRE
(récente et
couleur)

LE PARTICIPANT :

Date de naissance : ___/___/___ Sexe F M

Adresse :

.....

Code postal : VILLE :

Nom de la personne référente de l'inscription :

Adresse :

.....

Code postal : VILLE :

Téléphone :/...../...../...../.....

Adresse Email :

Le participant est-il sous tutelle ? OUI NON

Nature de la tutelle :

Nom de la personne :

Coordonnées de la tutelle :

.....

.....

ADRESSE DE FACTURATION :

CONTACTS DURANT LE SEJOUR :

NOM : **Prénom :**

Adresse :

.....

Code postal : VILLE :

Téléphone :/...../...../...../.....

- **Durant les week-ends – soirées – jours fériés :**

NOM : **Prénom :**

Adresse :

.....

Code Postal : **VILLE :**

Téléphone :/...../...../...../.....

COMMUNICATION ET SENS

Vue Voit bien sans lunettes ni lentilles
 Voit bien avec lunettes ou lentilles
 Voit difficilement avec lunettes ou lentilles
 Ne voit pas

Ouïe Entend bien sans appareil auditif
 Entend bien avec un appareil auditif
 Entend difficilement avec un appareil auditif
 N'entend pas

Parole Parle sans difficulté d'élocution
 Parle avec des problèmes d'élocution : Arrive à se faire comprendre
 Difficile à comprendre
 Se fait comprendre
 Se fait comprendre grâce à des pictogrammes
 Ne parle pas

COMPREHENSION

Comprend ce qu'on lui dit oui non
 Problème de compréhension oui non
 Sait lire oui non
 Sait écrire oui non
 Sait compter oui non

ALIMENTATION

Mange seul oui non avec aide
 Mange avec matériel adapté oui non
 Mange seul les aliments coupés en petits morceaux oui non
 Mange seul les aliments mixés oui non
 Mange seul les aliments hachés oui non

APTITUDES PHYSIQUES

Résistance à la fatigue :
 Faible : besoin de repos le matin - Sieste d'1h minimum - Temps d'activité inférieur à 1heure
 Moyen : Sieste 1h ou moins - Temps d'activité au moins 1 heure
 Bonne : pas de sieste - Temps d'activité supérieur à 1 heure

Participe aux activités :
 sans stimulation
 avec stimulation
 avec insistance

DEPLACEMENTS

- Pas de problème moteur, peut se déplacer sans l'aide d'un tiers ou sans sollicitation
 Pas de problème moteur mais besoin de sollicitation
 Problème moteur : Marche avec l'aide ponctuelle d'un tiers
 Marche avec l'aide d'un appareillage :
 cane
 déambulateur : ponctuel - permanent

Commentaire :

- Fauteuil roulant : ponctuel - permanent

Commentaire :

COMPORTEMENT

- Crise d'angoisse oui non – si oui qu'est ce qui provoque la crise :
- Agressivité verbale oui non – si oui qu'est ce qui provoque l'agressivité :
- Passage à l'acte violent oui non – si oui de quel type ?
- Les raisons :
- Fugue oui non
- Cleptomanie oui non – préciser :
- A besoin d'une surveillance particulière oui non - si oui pourquoi ?
- A conscience du danger oui non
- Est autorisé à sortir seul oui non
- Est capable de rentrer à une heure fixe oui non
- A-t-il peur des animaux oui non – si oui lesquels ?
- Phobies oui non – si oui préciser lesquelles
- Objets fétiches ou familiers oui non – si oui lesquels

TABAC

- Fume oui non
- Gère seul ses cigarettes oui non
- Fréquence et quantité

ARGENT

- Gère son argent oui non
- Justificatif oui non

ORIENTATION

- Se repère dans le temps (date et heure) oui non
- Se repère dans les lieux inconnus :
- Retrouve sa chambre avec sa photo sur la porte oui non
- Prendre un ascenseur seul oui non
- Besoin de pictogramme pour se repérer oui non
- Peut s'éloigner du groupe sans se perdre oui non
- Peut s'éloigner du groupe sans capacité de retrouver le groupe oui non
- Déambule le jour oui non - la nuit oui non

SOMMEIL

- Besoin d'aide au coucher oui non
Si oui tel type d'aide :
- Se lève la nuit oui non
Heure habituelle du coucher :
- Rituel d'endormissement oui non
Préciser :
- Surveillance particulière oui non
Si oui laquelle :

HYGIENE

- Se lave seul oui non
Besoin d'une guidance oui non
Besoin d'aide pour certaines parties du corps / actes : Dos oui non
Cheveux oui non
Parties intimes oui non
Rasage oui non
Séchage oui non
- Accompagnement total oui non

HABILLAGE

- Besoin d'aide totale oui non
Besoin d'aide partielle oui non
si oui préciser (chaussures, chaussettes ...) :

AUTRES

- Le vacancier a-t-il besoin de soins infirmiers oui non
Injection quotidienne plusieurs fois /jour mensuelle
Pansements oui non
Prothèse oculaire oui non

A-t-il besoin de matériel médicalisé (lit, verticalisateur...) oui non - préciser le besoin :
Si oui l'ordonnance doit être fournie 3 mois avant le séjour

Merci de nous fournir les ordonnances en cours de validité unique

Enurésie oui non

Encopésie oui non

Si oui prévoir des changes pour la durée du séjour.

Autorisation de consommer de l'alcool pendant le séjour uniquement à l'extérieur oui non

Autorisation au droit à l'image oui non

Pour le bien-être de la personne, il est indispensable de connaître certains éléments : manies, tics, Troubles Obsessionnels Compulsifs, rituels, traitements, petites habitudes....

VIE QUOTIDIENNE : petites habitudes au lever, coucher, repas, rituels.

.....

.....

VIE SOCIALE : relations avec les autres résidents et l'encadrement. Adaptabilité à l'environnement.

.....

.....

SECTEURS à RISQUE : la foule, la solitude, les angoisses nocturnes (besoin d'une lumière la nuit...)

.....

.....

ELEMENTS IMPORTANTS : tics, T.O.C.S, comportements habituels ou discordants (sexuels, alimentaires.)

.....

.....

Je soussigné : M..... agissant en qualité de.....

Certifie : -l'exactitude des renseignements

-que toutes les informations utiles au bon déroulement du séjour ont été communiquées

-avoir pris connaissance des conditions générales

Signature :

.....

.....

DOCUMENTS REQUIS à joindre obligatoirement au dossier :

- Copie Carte Nationale d'Identité + Une photo d'identité
- Copie Carte Vitale
- Copies Ordonnances (traitement, régime particulier)
- Carte d'invalidité ou autre document attestant de la situation de handicap du vacancier