

# BULLETIN D'INSCRIPTION

(valable uniquement accompagné du dossier de renseignements complet)

Photo d'identité  
obligatoire

**Inscription au séjour :** .....

**Dates du :** ..... **au** .....

**VACANCIER :** Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Institution fréquenté par le vacancier : .....

Pourcentage de handicap : .....% Mention : Station debout pénible  Tierce personne

Nationalité : .....

Personne à contacter en cas d'urgence (avec son numéro de téléphone obligatoire) :

.....

	Contact administratif Chargé de l'inscription et du suivi du séjour (joignable pendant le séjour)	Contact de convocation Personne à qui adresser le convoyage transport du départ et retour	Contact de facturation Personne pour le règlement et la facture
Nom Prénom			
Nom et adresse du lieu d'hébergement			
Téléphone			
Email			

**Convoyage :** Si nécessaire de prendre un vacancier, nous consulter si cela est possible et pour en chiffrer le coût le cas échéant Un plan de transport sera établi.

**TOUTE INSCRIPTION: VOUS ENGAGE A RESPECTER  
NOS CONDITIONS GENERALES !**

**L'Adhésion à l'association est obligatoire pour participer au séjour**

**Le REGLEMENT DEVRA SE FAIRE SOIT :**

Par : - chèque bancaire libellé à l'ordre de l'association LES BALADINS

- virement bancaire sur notre compte IBAN: FR9320041010091248048V03045

BIC : PSSTFRPPMON

# DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

# HANDICAP

## LA FICHE SANITAIRE

*Chers vacanciers,*

**Ce dossier est un document obligatoire pour veiller au bon déroulement du séjour, avec LES BALADINS.**

### *A quoi sert-elle ?*

Ce dossier permet au responsable d'avoir en leur possession l'ensemble des informations et ainsi :

- \* Etre en règle avec la loi ;
- \* Connaître les particularités du vacancier et adapter ainsi son séjour en conséquence ; (ex : allergies, habitudes, angoisses...)
- \* Suivre les traitements médicaux en cours ;
- \* Posséder les coordonnées des représentants légaux ;
- \* Avoir les informations administratives telles que : n° sécurité sociale, mutuelle,...
- \* Obtenir votre autorisation d'intervention médicale en cas d'urgence

**Important**

Ce document est fondamental pour nos équipes qui assurent le suivi et donc la sécurité et le bien-être des vacanciers pendant ses vacances avec **LES BALADINS**.

**Toutes les informations sont importantes pour préparer au mieux son accueil ;**

Ce dossier est valable pour toute l'année civile, nous vous remercions de nous transmettre, soigneusement remplie et signée, le plus tôt possible ; En cas de modification ou d'événement majeur, nous vous invitons à nous communiquer le ou les informations ;

**Ce dossier est confidentiel, interne à l'association ;**



*Besoin d'aide,  
nous sommes à votre écoute  
Au 04.66.61.29.26*



*Les Baladins*  
*sejours et vacances adaptés*

## FICHE D'INSCRIPTION

### AUTORISATION du RESPONSABLE LEGALE Ou PERSONNE SOUS CURATELLE

Nom et Téléphone :

Je soussigné..... agissant en qualité .....

autorise le responsable du séjour, à consulter un médecin en cas d'urgence. Contacter le plus rapidement le représentant légal avec les coordonnées renseignées ; Sous la responsabilité du médecin, à faire soigner, hospitaliser et faire pratiquer des interventions chirurgicale en cas de nécessité. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'annulation. Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutique engagés par l'association.

A ..... Le..... Signature obligatoire

\* Autorisation l'association à utiliser, éventuellement, les photos et/ou films du vacancier prisent au cours du séjour, pour illustrer nos catalogues et nos brochures, le site web et les documents de communication de l'association.

Je m'engage à ne demander aucune indemnité.

Cocher la bonne réponse : J'autorise  je n'autorise pas

### **NOTE D'INFORMATION sur les autorisations de soins**

Le responsable du séjour est autorisés à faire procéder à tous les soins courants ou urgents\* que l'état de santé des protégés rend nécessaire.

Nous tenons à rappeler :

1. En vertu de l'article L1111-4 du Code de la Santé Publique, « le consentement du protégé sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à l'acte »
2. En vertu de l'article L1111-2 du Code de la Santé Publique, le tuteur doit être prévenu des risques pour tout acte médical grave et son autorisation sollicitée,  
**sauf bien entendu en cas d'urgence.**

#### **\* URGENCES MEDICALE :**

#### **Article 42 code de déontologie médicale (Article R.4127-42 du code de la santé publique)**

*Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.*

*En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.*

### **IMPORTANT**

- Aucune inscription ou réservation ne pourra être faite par téléphone
- Aucun dossier sans acompte ne sera traité
- Afin de faciliter le traitement administratif des dossiers complets d'inscription, merci de nous les faire parvenir le plus rapidement possible

## Dossier de renseignements

(Tout dossier incomplet ne sera pas prioritaire)

PHOTO

Nom: .....

Prénom: .....

Séjour à: .....

Dates du: ..... au: .....

Ce dossier est à remplir par le vacancier,  
à défaut par son référent.

Nature du Handicap: .....

### Santé

	Oui	Non
Le vacancier porte t-il des lunettes? en permanence <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/>		
A t-il besoin d'un lit médicalisé? ( <b>Fournir prescription</b> )		
D'un lève-personne? ( <b>Fournir prescription</b> )		
D'un déambulateur?		
Porte-t-il une prothèse dentaire amovible?		
Porte-t-il une prothèse auditive?		
Porte-t-il des chaussures orthopédiques?		
Se sert-il d'une canne?		
Est-il en fauteuil roulant?		
Si oui: permanent <input type="checkbox"/> occasionnel <input type="checkbox"/>		
Est-il électrique <input type="checkbox"/> manuel <input type="checkbox"/>		
Le vacancier a t-il subi un accident récemment? séquelles éventuelles .....		
Le vacancier est-il atteint d'une maladie dégénérative? Si oui laquelle: ..... Nécessite t-il un accompagnement spécifique? .....		
<b>A t-il un traitement médical?</b>		
Nécessite t-il des soins infirmiers? Quels types de soins? ..... Fréquence? .....		
Injection durant le séjour? Type d'injection? (autre que pour le diabète) .....		
Le vacancier est-il sujet à l'épilepsie? stabilisée <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> fréquente <input type="checkbox"/> Préciser sur la note de comportement la conduite à tenir		
Fume-t-il habituellement? Quantité par jour: .....		
A-t-il l'habitude de consommer des boissons alcoolisées?		
Tendance à l'alcoolisme?		
La consommation d'alcool lui est-elle interdite?		
Le vacancier est-il asthmatique?		
Est-il cardiaque?		
Est-il diabétique?		
Si oui, injections? Si oui, gère-t-il seul ses injections?		
Est-il allergique? Si oui, préciser: .....		

### Relation

	Oui	Non
La relation peut-elle être problématique: avec les autres (vacanciers <input type="checkbox"/> inconnus <input type="checkbox"/> )		
Avec l'autorité?		

Dans quelles circonstances? .....

.....

.....

### Comportement

	Oui	Non
Le vacancier a t-il un objet fétiche? Si oui, lequel: .....		
Le vacancier a t-il des rituels? Si oui, lesquels: .....		
A-t-il des goûts particuliers? Si oui, lesquels? .....		
A-t-il tendance à fuguer?		
La personne est-elle sujette: aux délires <input type="checkbox"/> aux hallucinations <input type="checkbox"/> à la phobie <input type="checkbox"/> à l'errance <input type="checkbox"/> à l'isolement <input type="checkbox"/>		
A t-il un comportement agressif?	Oui	Non
Des actes de violence: envers lui-même <input type="checkbox"/> envers les autres <input type="checkbox"/>		
La personne a-t-elle des habitudes culturelles ou religieuses importantes à respecter?		
La personne est-elle claustrophobe?		
La personne est-elle kleptomane?		

### Communication

	Seul	Avec aide	Non
Le vacancier utilise-t-il le téléphone?			
Sait-il écrire?			
Sait-il lire?			
	Oui	Non	
Possède-t-il le langage?			
Communique-t-il par gestes?			
Communique-t-il par cris?			

### Argent personnel

	Seul	Avec aide	Non
Gère t-il son argent?			
Sait-il faire un achat simple?			

**Toute note éducative est la bienvenue**

Les renseignements fournis dans ce questionnaire sont strictement confidentiels

NOM et PRENOM DU VACANCIER :

## Dossier de renseignements

### Propreté – Hygiène – Toilette

	Seul	Avec aide	Non
Le vacancier fait sa toilette			
S'habille			
Change ses vêtements			
Se chausse			
Se rase			
Va au WC			

	Oui	Non
Est-il énurétique le jour?		
Est-il énurétique la nuit?		
Est-il encoprétique le jour?		
Est-il encoprétique la nuit?		

**Dans ces cas présents, pensez à prévoir les protections en quantité suffisante pour la durée du séjour, ainsi qu'une alèse imperméable.**

### Repas – Alimentation

	Seul	Avec aide
Le vacancier mange		
Boit		

	Oui	Non
Boit-il du café après les repas?		
Suit-il un régime?		

#### texture des aliments:

mixé  mouliné  hâché  coupé finement

Type de régime: .....

Quelles remarques pouvez-vous faire sur son alimentation

sa façon de manger? .....

.....

.....

### Nuit – Sommeil – Lever – Coucher

	Oui	Non
Le vacancier se couche t-il juste après le repas?		
A t-il peur de l'obscurité?		
A t-il des difficultés pour s'endormir?		
A t-il des angoisses nocturnes, des insomnies?		
Se lève t-il la nuit?		
A t-il un lever difficile?		
Se lève t-il tôt? précisez: ..... h .....		
Fait-il la sieste?		
Est-il somnambule?		

Que préconisez-vous? .....

.....

.....

### Inscription en couple

	Oui	Non
Le vacancier s'inscrit-il en couple?		
En compagnie de .....		
Partagent-ils le même lit?		

### Sorties et déplacements

	Oui	Non
Le vacancier sort-il seul?		
Sort-il en petit groupe?		
Sait-il demander son chemin?		
Lit-il l'heure?		
Est-il capable de rentrer à une heure fixée?		
S'adapte-t-il à des lieux nouveaux?		
S'y repère-t-il?		
Monte-t-il un escalier seul?		
Se déplace-t-il en fauteuil roulant?		
Est-il sujet au mal du transport?		

#### Remarques complémentaires quant aux sorties et déplacements:

.....

.....

.....

.....

### Activités – Loisirs

	Oui	Non
Sait-il choisir une activité parmi plusieurs?		
A-t-il besoin d'une aide lors de ses déplacements?		
Peut-il soutenir son attention de façon prolongée?		
Pratique-t-il régulièrement un sport?		
Si oui, lequel? .....		

#### Physique:

dynamique  fatigable  très fatigable

#### Peut marcher:

moins d'une heure  une heure  plus d'une heure

#### Centres d'intérêt:

musique - livres - culturelles - randonnées - discothèque

cinéma - télévision - activités manuelles - chants - danse

autres: .....

### Sexualité

#### pour les femmes:

	Oui	Non
La personne est-elle réglée?		
Utilise-t-elle un moyen contraceptif?		
Si oui, lequel? .....		
Utilise-t-elle des serviettes périodiques?		
Utilise-t-elle des tampons?		

#### Pour tous:

Autorisez-vous la possibilité d'une relation avec un(e) autre vacancier(ière) durant le séjour?

Oui  Oui, avec réserves  Non

Si réserves, lesquelles: .....

.....

.....

#### Comportements particuliers et/ou inadaptés socialement:

.....

.....

.....

.....

### Personne à joindre en cas d'urgence:

Nom: ..... Téléphone: portable obligatoire .....

# FICHE de posologie médicaments

**A compléter en cas de traitement durant le séjour et à joindre au dossier d'inscription**  
**En faire une copie à joindre au semainier, pilulier ;**

- Ce document doit être dûment rempli par le médecin, infirmière qui suivent le vacancier ;
- Afin d'assurer au mieux le traitement du vacancier et éviter tout risque médical ;
- Joindre une copie de l'ordonnance ;

## VACANCIER

Séjour choisi : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Etablissement fréquenté : .....

Téléphone du médecin traitant : .....

Nature de son handicap : .....

Numéro de Sécurité Sociale : .....

Caisse : .....

Nom Médicaments	Matin quantité	Midi quantité	Après- midi quantité	Soir quantité	Nuit quantité	Rôle de ce médicament	Observations

Divers (informations importantes,...) : .....

Nom.....Prénom..... Fonction.....

Date..... Signature..... Cachet :

# Association aux services des personnes en situation de **HANDICAP**

Les BALADINS intervient sur trois services :



## VACANCES ADAPTEES

Un catalogue

### « **CARNET DE VACANCES** »

Est élaboré puis diffusé à  
nos adhérents  
Et à de futurs vacanciers !!!

L'Association s'inscrit  
pleinement dans le  
Mouvement du tourisme  
social et solidaire

## SEJOURS REPIT, PERSONNALISES

### Accompagnement social aux temps libres Et Accueil en journée

Partant de la philosophie de la  
citoyenneté et des droits de la  
personne à faire des choix, les  
Séjours sur mesure S'inspirent  
de la notion de projet personnel.  
Ainsi nous proposons de  
co-construire, organiser, et  
Accompagner *tout type de*  
« *Projet personnalisé* »

## SEJOURS INCLUSION

UN SERVICE  
D'INFORMATION  
D'ECOUTE ET DE  
CONSEIL  
ENCADRER PAR UN  
EDUCATEUR  
SPECIALISE

**LIENS SOCIAUX**