

BULLETIN D'INSCRIPTION**Le vacancier :**

NOM

Prénom

Femme Homme

Né(e) le Age

Pourcentage de handicap %

Mention : Station debout pénible Tierce personne

N° SS

Nationalité

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

.....

Le séjour :

Nom du séjour

Dates du au

Garantie annulation et interruption (4,1% du montant du séjour) Oui Non **Transport :**

Ville de départ et de retour

OU arrivée et départ sur/depuis le lieu du séjour

Lieu de rendez-vous à confirmer par nos soins. Horaire de rendez-vous fixé sur la convocation.

Photo d'identité
obligatoire**PROCESSUS D'INSCRIPTION****1/ Pour poser une option :**

fournir le dossier d'inscription composé de ces 5 pages : Bulletin d'inscription (signature tutelle obligatoire) / Renseignements confidentiels / Fiche de situation / Fiche de posologie / Informations pour les transports

fournir les copies des documents suivants pour compléter votre dossier :

Pièce d'identité / Carte de SS / Carte de mutuelle / Carte d'invalidité / Photocopie des vaccinations / Fiche posologie / Ordonnance

2/ Pour valider l'inscription

Premier acompte de 420€

3/ Pièces à fournir au départ :

La liste des pièces nécessaires à fournir pour le départ vous sera adressée à la confirmation de l'inscription.

| | Contact administratif Chargé de l'inscription et du suivi du séjour (joignable pendant le séjour) | Contact de convocation Personne à qui adresser les convocations de départ/retour | Contact de facturation Personne à qui adresser la facture |
|--------------------------------|---|--|---|
| NOM Prénom | | | |
| Nom et adresse de la structure | | | |
| Téléphone | | | |
| Email | | | |

Autorisation du tuteur légal (signature tutelle possible après la validation du dossier par LPM)

Je soussigné agissant en qualité de
m'engage à respecter les conditions générales incluses dans la brochure "LPM" et autorise le responsable du séjour, après consultation d'un médecin et en cas d'urgence à faire soigner, hospitaliser et faire pratiquer des interventions chirurgicales en cas de nécessité.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente et d'inscription, et en particulier des conditions d'annulation et les accepter.
Je m'engage à rembourser les frais médicaux ou pharmaceutiques engagés par l'association. J'autorise l'association à utiliser éventuellement les photos et les vidéos du vacancier inscrit prises en cours du séjour, pour illustrer les brochures, le site web et les documents de communication de l'association. Je m'engage à ne demander aucune indemnité pour cela.

à, le Signature (obligatoire) :

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

Merci de remplir cette fiche minutieusement, afin que les responsables de séjour et l'équipe d'animation connaissent au mieux le vacancier.

Lieu de résidence habituel : foyer appartement parents mas hôpital
 autre

S'agit il d'un premier départ en séjour ? non oui combien

En couple sur le séjour ? non oui avec

Handicap physique lié au handicap mental ? non oui lequel

A t'il un régime alimentaire ? non oui lequel

A t'il une contre-indication alimentaire ? non oui laquelle

Présente-t-il des troubles digestifs ? non vomissements diarrhée constipation crise d'acétone

Enurésie ? non oui

Encoprésie ? non oui

A-t-il une contre-indication médicamenteuse ? non oui laquelle

A-t-il des allergies ? non oui lesquelles

Souffre-t-il d'asthme ? non oui traitement habituel

Est-il sujet à des crises d'épilepsie ? non oui fréquence

Porte-t-il des lunettes ? non oui n° des verres

Contraception ? non oui laquelle

La vacancière est t'elle réglée ? non oui

Appareil dentaire ? non oui

Appareil auditif ? non oui

Problème auditif ? non oui

Affection du langage ? non oui si oui, rayer la mention inutile : langage - geste - ne parle pas

Autonomie : très bonne bonne moyenne faible

Propreté de jour acquise ? non oui si non précisez

Propreté de nuit acquise ? non oui si non précisez

Stimuler pour la toilette ? non oui

Aide complète pour la toilette ? non oui

S'occupe de son linge ? non oui

Peut laver son linge ? non oui

Comportement

Troubles ? non oui Lesquels

Agressivité ? non oui

Divers : est- il (elle) autorisé (e) à la consommation...

- D'alcool ? non oui type et fréquence
- De cigarettes ? non oui quantité journalière
- Sait-il (elle) nager ? non oui baignade autorisée ? non oui

Convocation départ et retour

Sera accompagné(e) sur le lieu de rendez-vous ? non oui

Est autorisé(e) à rentrer seul(e) du lieu de convocation retour à son site d'accueil ? non oui

A quelles personnes, le vacancier peut-il écrire un courrier ou un courriel ? (Nom, prénom, adresse ou email)

.....

.....

.....

Pour séjour hiver

Taille Pointure (chaussure de ville)

Niveau ski de fond Niveau ski alpin

FICHE DE SITUATION

Cette "fiche de situation" est nécessaire pour la validation de l'inscription du participant.
Afin de permettre une orientation correspondant au mieux au vacancier, nous vous remercions de bien vouloir compléter la présente fiche avec le plus de précisions possibles.

Niveau d'autonomie (précisez selon grille CNLTA. Ex : A112, B211,...) :

Mention obligatoire pour valider l'inscription

Objectif du séjour : découverte de l'environnement Repos Ruptures Choix personnel

Nature de son handicap (obligatoire) :

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

Son autonomie et motricité physique : (Précisez si la personne a besoin d'un accompagnement pour se déplacer)

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

Son autonomie alimentaire & sanitaire : (Précisez ses régimes particuliers, si stimulation ou aide pour la toilette)

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

Relationnel avec les autres dans un groupe :

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

Relationnel à l'animateur :

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

Comportement et manifestations de violence : (Indiquez vos recommandations particulières)

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

Intimité et relations affectives :

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

Capacités pour les activités sportives et centres d'intérêt :

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

Séjours de vacances déjà réalisés : (Indiquez les éventuels problèmes rencontrés)

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

Divers : (Détaillez tous les rituels et mentionnez les informations importantes à nous communiquer)

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



LPM se réserve le droit de refuser ou de réorienter une inscription si celle-ci ne parait pas adaptée au séjour demandé.
Voir les rubriques d'information «Charte qualité du CNLTA» et «Bien choisir son séjour» sur notre brochure ou sur www.lpm.asso.fr

FICHE DE POSOLOGIE

A compléter en cas de traitement durant le séjour et à joindre au dossier d'inscription.

En faire une copie à joindre au semainier.

- Ce document doit être dûment rempli par le médecin ou l'infirmière qui suivent le participant
- Il permettra au directeur du séjour d'assurer au mieux le traitement du vacancier et ainsi d'éviter tout risque médical majeur
- Nous vous demandons de joindre une copie de cette «Fiche de posologie» au(x) semainier(s) du participant préparé(s) pour la durée du séjour et remis le jour du départ au directeur

Le vacancier

Séjour choisi

Nom

Prénom

Né(e) le Age

Adresse habituelle

Téléphone

Tél du médecin traitant

Nature de son handicap

.....

Numéro de sécurité sociale

Caisse

Etablissement fréquenté

TRAITEMENT ET POSOLOGIE À FOURNIR DANS UN PILULIER

| Médicaments | Mode d'emploi | Durée d'utilisation | Quantité | Fréquence | | | Rôle de ce médicament | Ce qui peut se passer en cas de non-prise |
|-------------|---------------|---------------------|----------|-----------|------|------|-----------------------|---|
| | | | | mat | midi | soir | | |
| Nom | Voie | nombre de jours | par jour | | | | | Risques |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Divers (piqûres, collyres, informations importantes)

.....

NOM Prénom Fonction

Date

Signature :

Cachet :

