



DOSSIER DE RÉSERVATION

**Ce dossier est également téléchargeable sur notre site Internet dans la rubrique :
S'inscrire puis Modalités. Celui-ci doit comporter obligatoirement les documents ci-dessous.**

Renseignements : 09 72 52 99 49 ou contact@sensetdecouvertes.com

- La fiche administrative
- Les fiches de renseignements n°1, 2 et 3
- La fiche soins et tiers médicaux avec la copie des ordonnances (le cas échéant)
- Les fiches médicales n°1 et 2
- La fiche frais médicaux
- La photocopie de l'attestation d'assurance maladie et de la carte vitale européenne pour les séjours en Europe
- La photocopie de la prescription médicale dactylographiée valable pour la durée du séjour
- Les photocopies de la carte d'identité ou du passeport (le cas échéant)
- L'acompte de 30% du montant du séjour de(s) l'assurance(s) choisie(s) en option (le cas échéant)

RAPPELS

L'ensemble du dossier d'inscription doit être complété avec la plus grande précision et de la manière la plus lisible possible. SENS ET DÉCOUVERTES se réserve le droit de refuser un vacancier dont l'autonomie serait jugée non-conforme aux conditions d'accueil et d'accompagnement mises en place pour le séjour, et ce, à n'importe quel moment.

Les ordonnances concernant des soins éventuels ou des besoins en matériel médical doivent nous parvenir obligatoirement au plus tard 15 jours avant le début du séjour. Dans le cas contraire, nous ne pouvons garantir la mise en place des prestations.

Nous vous prions également de bien vouloir nous informer de tous les changements qui pourraient intervenir après l'envoi du dossier de réservation : perte d'autonomie, hospitalisation, modifications du traitement médical, besoin en matériel spécifique ou soins infirmiers...

FICHE ADMINISTRATIVE

Merci de fournir obligatoirement une photo d'identité récente et facilement identifiable

Nom et prénom du vacancier :

Sexe : Féminin Masculin Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date de naissance : / / Ville :

Portable :

N° de sécurité sociale :

Caisse d'affiliation :



Autonomie : Bonne autonomie Autonome Autonomie relative

Suivi en : SAVS Foyer d'hébergement Foyer de vie FAM MAS

Autre, précisez : Nom de la structure d'accueil :

Travaille en ESAT : Oui Non Précisez :

Nom du séjour de vacances :

Page de la brochure : Dates : du / / 2019 au / / 2019

En couple sur le séjour avec :

Je souscris l'assurance annulation (3,5% du prix du séjour) Oui Non

Je souscris l'assurance annulation + interruption (4,5% du prix du séjour) Oui Non

Je souhaite une prise en charge transport Oui Non Aller Retour

Ville de départ souhaitée :

Ville de retour souhaitée :

NOM / PRÉNOM DU RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION : Qualité :

Adresse : Code Postal :

Ville : E-mail :

Téléphone(s) : Portable(s) : Fax :

NOM / PRÉNOM DU RESPONSABLE LÉGAL : Qualité :

Adresse : Code Postal :

Ville : E-mail :

Téléphone(s) : Portable(s) : Fax :

NOM / PRÉNOM DE LA PERSONNE À CONTACTER PENDANT LE SÉJOUR :

Adresse : Code Postal :

Ville : E-mail :

Téléphone(s) : Portable(s) : Fax :

CE DOSSIER D'INSCRIPTION A ÉTÉ REVU SELON LA NOUVELLE INSTRUCTION VAO N°DGCS/SD3B/2015/233 DU 10/07/2015. Nous remercions les personnes habilitées de bien vouloir dater et signer (avec la mention : certifié exact) chacune des fiches suivantes selon les informations qui figurent en bas de chaque page.

RENSEIGNEMENTS N°1

Ce document doit être obligatoirement daté et signé selon les instructions dans l'encadré ci-dessous

VIE QUOTIDIENNE	SEUL	AVEC AIDE PARTIELLE	AVEC AIDE TOTALE
Fait sa toilette			
Prend sa douche			
Se rase			
Se coiffe			
S'habille			
Change ses vêtements			
Reconnait ses vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			

ALIMENTAIRE	OUI	NON
Mange seul		
Boit seul		
Mange haché		
Mange mixé		
Régime alimentaire		
Précisez :		
Troubles alimentaires		
Précisez :		
Risque de fausse route		
Addiction alimentaire		
Précisez :		

LOISIRS / ACTIVITÉS	OUI	NON
Sait nager		
Pratique habituelle de sports / loisirs		
Si Oui, le(s)quel(s) :		
Aime :		
N'aime pas :		
Contre-indications :		
Sait choisir parmi plusieurs activités		
Bonne résistance physique		
Capable d'une attention prolongée		
A déjà dormi en mobil home		
Peut dormir en haut d'un lit superposé		

COMMUNICATION	OUI	NON
Comprend		
Langage verbal		
Langage par gestes, gestes tactiles		
Utilise la L.S.F		
Utilise pictogrammes, dessins...		
Utilise des sons, cris, vocalises		
Aphasie		
Ecrit		
Lit		
Lit sur les lèvres		
Logorrhées		
Itérations		
Autre :		

RYTHME ET REPOS	OUI	NON
Se couche tôt		
Se couche tard		
Se lève tôt		
Se lève tard		
Fait la sieste		
Sommeil agité		
Sommeil difficile		
Peurs / angoisses nocturnes		
Besoin d'une surveillance nocturne		
Précisez :		

	Légère	Moyenne	Complète
Déficiência visuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Déficiência auditive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Merci d'indiquer le nom et prénom de la personne qui a renseigné les informations ci-dessus.

Dater et signer avec la mention : certifié exact

RENSEIGNEMENTS N°2

Ce document doit être obligatoirement daté et signé selon les instructions dans l'encadré ci-dessous

HABITUDE / COMPORTEMENT	OUI	NON
A peur du bain / douche		
Sociable		
Objet fétiche		
Rituels		
Précisez :		
Gère son argent seul		
Si non précisez :		
Fugueur (tendance à fuguer)		
Si Oui fréquence :		
Date de la dernière fugue :		
Tentative de suicide :		
Date de la dernière tentative :		
Besoins :		
Troubles de la mémoire		
Crises d'angoisse		
S'isole		
Fabulation, délire		
Hallucinations		
Phobies		
Précisez :		
T.O.C		
Mise en danger de soi		
Automutilation		
Agressivité verbale		
Agressivité physique		
Précisez :		
Comportement exhibitionniste		
Troubles sexuels		
Précisez :		
A peur de la foule		
Potomanie		
Kleptomane		
Peurs, craintes :		

DÉPLACEMENTS / SORTIES	OUI	NON
Se repère dans l'espace		
Se repère dans le temps		
Mémorise un trajet		
Sait demander son chemin		
Lit l'heure		
Peut sortir seul en séjour sans accompagnement		
Peut sortir en groupe sans accompagnement		
Peut sortir seul le soir		
Peut prendre un repas hors séjour		
Peut utiliser les transports en commun		
S'adapte aux lieux nouveaux		
Fatigable		
Monte et descend un escalier sans difficulté		
Résistant à la marche*		

*Précisez : 1 km / 3 km / 5 km / 10 km

APPAREILLAGE	OUI	NON
Protections (jour / nuit)		
Protections fournies par vos soins*		
Besoin d'un fauteuil roulant		
Besoin de canne / béquille(s)		
Besoin de canne blanche (vue)		
Lunettes		
Lentilles		
Appareil auditif		
Appareil dentaire amovible		
Si Oui, le nettoie seul		
Chaussures orthopédiques		
Synthèse vocale / tablette		
Téléphone portable		
Bandes de contention		
Bas de contention		

*SI NON : ACHAT SUR PLACE ET REFACTURATION

Autre :

.....

.....

Merci d'indiquer le nom et prénom de la personne qui a renseigné les informations ci-dessus.

Dater et signer avec la mention : certifié exact

SOINS ET TIERS MÉDICAUX

Ce document doit être obligatoirement daté et signé selon les instructions dans l'encadré ci-dessous

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Qualité :

Séjour :

Je sollicite l'intervention d'un tiers médical sur le séjour pour le(s) soin(s) suivant(s) :

Injection récurrente Injection ponctuelle

Prise de sang / Recueil de données Pansement Toilette du vacancier

Autre(s), précisez :

Date(s) du ou des soins :

Je fournis l'ordonnance d'intervention

Je fournis le matériel relatif au(x) soin(s) décrit(s) ci-dessus dans la valise du vacancier

Je fournis l'ordonnance obligatoire pour le matériel relatif au(x) soin(s) décrit(s) pour que SENS ET DÉCOUVERTES fasse le nécessaire auprès d'une pharmacie.

MATÉRIEL MÉDICAL À LOUER POUR LE SÉJOUR DE VACANCES

Fauteuil roulant manuel

INDIQUER OBLIGATOIREMENT LE POIDS ET LA TAILLE DE LA PERSONNE :

À :

Le : / /

ACTES MÉDICAUX OU INFIRMIERS

Nous ne pouvons accepter de prendre en charge les vacanciers nécessitant des actes médicaux ou infirmiers durant les temps de transport ainsi que durant les séjours de vacances se déroulant l'étranger. Pour les séjours en France, merci d'en informer notre agence de voyages au plus tôt.

SÉJOURS AVEC TRANSPORT AÉRIEN

Toute détention de médicaments doit pouvoir être obligatoirement justifiée par une prescription médicale.

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX

Toute avance de frais médicaux engagée par notre agence donnera lieu à une demande de remboursement qui sera adressée au responsable légal. Les justificatifs originaux de soins lui seront retournés dès réception du règlement.

Merci d'indiquer le nom et prénom de la personne qui a renseigné les informations ci-dessus.

Dater et signer avec la mention : certifié exact

FICHE MÉDICALE N°1

Ce document doit être obligatoirement daté et signé selon les instructions dans l'encadré ci-dessous

Nom / Prénom du médecin traitant :

Adresse : Code Postal :

Ville : E-mail :

Téléphone(s) : Portable(s) : Fax :

Est-il joignable pendant le séjour : Oui Non / Si Non, nom et prénom du médecin joignable :

Adresse : Code Postal :

Ville : E-mail :

Téléphone(s) : Portable(s) : Fax :

SANTÉ / MÉDICAL	OUI	NON
Traitement médical		
Prend son traitement seul		
Enurésie diurne*		
Enurésie nocturne*		
Encoprésie diurne*		
Encoprésie nocturne*		
Contraceptif		
Précisez :		
Si Oui, gère seul(e)		
Règles douloureuses		
Règles abondantes		
Règles aménorrhées		
Date des dernières règles :		
Hyper-salivation		
Cardiaque		
Diabétique		
Injection insuline pendant le séjour		
Précisez fréquence :		
Gère seul ses injections		
Addiction		
Précisez :		
Allergies		
Précisez :		
Asthmatique		
Date de la dernière crise :		
Epileptique		
Epilepsie stabilisée		
Date de la dernière crise :		

ALIMENTAIRE	OUI	NON
Allergie alimentaire		
Précisez :		

LOISIRS / ACTIVITÉS	OUI	NON
Peut se baigner avec surveillance		
Participation à une activité soutenue		
Exposition au soleil modérée		

*Si énurésie ou encoprésie, merci de fournir une alèse

HABITUDE / COMPORTEMENT	OUI	NON
Fumeur		
Si oui gère seul		
Si non précisez :		
Peut consommer de l'alcool		
Si Oui gère seul		
Risques liés à la consommation d'alcool		
Précisez :		

ATTESTATION

J'atteste que M. ou Mme

(le vacancier) est apte à partir en séjour adapté et à participer aux excursions et activités proposées par l'agence de voyages adaptés SENS ET DÉCOUVERTES durant son séjour.

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN TRAITANT

FICHE MÉDICALE N°2

Ce document doit être obligatoirement daté et signé selon les instructions dans l'encadré ci-dessous

Déficience / handicap

Moteur Sensoriel Mental Cognitif Psychique Polyhandicap Social(e)

Groupe sanguin :

Précisez :

Pathologie(s) associée(s) :

**MÉDICAMENTS PRÉPARÉS DANS LES SEMAINIERS
À PRENDRE DURANT LE SÉJOUR (joindre les ordonnances)**

	FRÉQUENCES PRESCRITES				
	Matin	Midi	Collation	Soir	Coucher

**MÉDICAMENTS HORS SEMAINIERS
À PRENDRE DURANT LE SÉJOUR (joindre les ordonnances)**

	FRÉQUENCES PRESCRITES				
	Matin	Midi	Collation	Soir	Coucher

AUTRES SOINS PRESCRITS DURANT LE SÉJOUR (injection, pansements, soins infirmiers divers...)

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

Je m'engage à transmettre par email à contact@sensetdecouvertes.com, toute prescription modifiant ou complétant les informations ci-dessus, et ce, jusqu'au premier jour du séjour de vacances.

Vaccinations à jour

Hépatite A : Oui Non > Date du dernier rappel :

Hépatite B : Oui Non > Date du dernier rappel :

Tétanos : Oui Non > Date du dernier rappel :

Grippe : Oui Non > Date du dernier rappel :

Autres :

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN TRAITANT

FRAIS MÉDICAUX

Ce document doit être obligatoirement daté et signé selon les instructions dans l'encadré ci-dessous

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Qualité :

Responsable légal du majeur protégé :

Association de tutelle ou curatelle :

N° de téléphone d'urgence durant les séjours :

Déclare avoir pris connaissance de l'inscription du majeur dénommé, pour le séjour de :

.....

et pris connaissance des conditions générales et particulières de vente de l'organisme SENS ET DÉCOUVERTES.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux avancés par SENS ET DÉCOUVERTES

À :

Le : / /

HOSPITALISATION ET/OU INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous, soussignés (le vacancier ou son représentant légal) :

autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation chirurgicale, y compris une anesthésie sur la personne de

RÉSERVATION ET RÈGLEMENT

Vous nous faites parvenir, dans un délai de 3 semaines à dater de la confirmation, le dossier d'inscription dûment complété, accompagné du versement d'un acompte de 30% du prix du séjour et du règlement éventuel des assurances souscrites. La réservation ne sera effective qu'après réception de ces éléments.

- règlement par chèque à l'ordre de SÉJOURS POUR TOUS • 7 bis, rue des Aulnes • 69410 CHAMPAGNE-AU-MONT-D'OR
- règlement par virement bancaire > IBAN : FR76 3000 3011 8400 0201 0136 081 > BIC : SOGEFRPP

LE SÉJOUR DOIT ÊTRE SOLDÉ AU PLUS TARD 60 JOURS AVANT LE DÉPART

Tout séjour non soldé avant le départ donnera lieu à une annulation sans préavis ni remboursement.

Pour garantir le bien-être du vacancier et la réussite du séjour, il est indispensable de vérifier que le séjour choisi correspond bien à son degré d'autonomie. Nous nous réservons le droit de refuser une inscription non conforme aux critères d'accueil d'un séjour et de proposer un séjour plus adapté. Il est également impératif de renseigner le dossier d'inscription de la manière la plus exacte et lisible possible pour faciliter la prise en charge des vacanciers par nos équipes encadrantes.

SIGNATURE DU VACANCIER OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL