

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné(e)
 agissant en qualité de accompagné de la copie de l'attestation Sécurité Sociale et mutuelle
 autorise le responsable du séjour à faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins pour la personne de

Fait à Le Signature:

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'urgence:
 Nom: Prénom: Qualité:
 Adresse : Téléphone (portable si possible) :

Coordonnées du médecin Traitant:
 Nom et Prénom:
 Adresse: Téléphone:

GRILLE D'EVALUATION

Pour évaluer le niveau d'autonomie des vacanciers et choisir un séjour adapté,
 utilisez l'outil d'évaluation mis en place par le CNLTA.
 La constitution de groupes homogènes est l'un des facteurs essentiels au bon déroulement de chacun
 des séjours.

AUTONOMIE	PHYSIQUE	COMPORTEMENT	COMMUNICATION VERBALE
A Bonne autonomie : sociable, dynamique, participe, ... Présence discrète de l'encadrement.	1 Pas de problèmes moteurs. Bon marcheur	1 Comportement sociable, ne laissant pas apparaître de problèmes particulier.	1 Possédant le langage.
B Autonomie relative. Nécessité d'intervenir dans différents domaines (prise de médicaments, argent de poche, activités, ...) Juste à stimuler dans les actes de la vie courante (toilette, habillement). Accompagnement actif.	2 Pas de problèmes moteurs. Se déplace sans difficultés pour de petites « promenades ». « fatigable ».	2 Comportement ritualisé repérable, instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger, mais pouvant avoir des périodes de grande angoisse et de retrait.	2 Compréhension générale, mais langage pauvre.
C Pas autonome. Aide effective dans les actes de la vie quotidienne. Encadrement constant.	3 Problèmes moteurs. Marche avec l'aide « ponctuelle » d'un tiers, d'un appareillage particulier ou d'un fauteuil.	3 Comportement instable et atypique. Périodes de grandes angoisses par crises. Risques d'automutilation et/ ou d'agression.	3 Verbalisation inexistante. Mode de communication très complexe.
D Prise en charge très importante, rapprochée et permanente, nécessitant des locaux et matériels appropriés.	4 Personne ne sortant pas ou peu de son fauteuil. Dépendant d'une tierce personne.		



Bulletin d'inscription

A retourner à la Ligue de l'Enseignement de Normandie
 16, rue de la Girafe - 14000 CAEN
 Tél : 02.31.06.11.11 ou 02.33.77.42.52
 vacances-pour-tous@laliguenormandie.org



Séjour choisi :

1 choix :		Du Au
2ème choix :		Du Au

VILLE DE DEPART SOUHAITEE :

PARTICIPANT

Nom : Prénom :
 Né(e) le : à : âge : Sexe : Féminin Masculin
 Adresse :
 Code Postal : Ville : Tél :
 Coordonnées de l'établissement fréquenté durant l'année :
 Nom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville : Tél :

Autonomie : (A définir selon l'outil d'évaluation en dernière page)
 Catégorie A Catégorie B Catégorie C Catégorie D

REFERENT

Personne s'occupant de l'inscription :
 Nom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville : Tél :

ADHESION ANNUELLE

La ligue de l'enseignement est une association loi 1901, l'adhésion est obligatoire pour participer aux séjours.

Je souscris à l'adhésion = 14€ (période du 01/09/2021 au 31/08/2022) Je suis déjà adhérent

ASSURANCE ANNULATION OPTIONNELLE

L'assurance annulation optionnelle est fortement conseillée lors de votre inscription. Elle permet le remboursement de vos frais d'annulation dans de nombreux cas (voir conditions générales). Si vous y souscrivez, joignez obligatoirement le règlement avec la fiche d'inscription. Je souscris à l'assurance annulation optionnelle égale à 4,5% du prix total du séjour **Oui** **Non**

INSCRIPTION

Je soussigné(e)
 agissant en qualité de
 certifie, par la présente, avoir pris connaissance des conditions générales des voyages et séjours et des conditions d'application de la garantie « Annulation Optionnelle » et y souscrit dans leur intégralité. Je certifie que le participant inscrit sur le présent bulletin, est adhérent ou en cours d'adhésion. Je reconnais également disposer dans le cadre du présent contrat de voyage, des documents en ma possession, de toutes les informations précisées au titre 6 du Décret N° 94-490 du 15 juin 1994 relatives à l'organisation et à la vente de voyages ou séjours, extrait qui figure sur les documents en ma possession.
 J'autorise l'équipe d'encadrement et l'organisateur du séjour à photographier et à filmer M/Mme
 J'autorise la Ligue de l'Enseignement à publier dans ses brochures ou sur son site internet des photos du participant prises durant le séjour.

Fait à :
 Le :

Signature et cachet

NOM & PRENOM DU VACANCIER:

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Je soussigné(e)
 Prend en charge les frais de séjour et les frais annexes de :
 pour un montant de € pour le compte de l'association la collectivité l'organisme autre
 Nom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville : Tel :

Facture à adresser à :
 Nom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville : Tel :

Règlement du séjour : Vacancier Tiers
 JOINDRE OBLIGATOIREMENT lors de l'inscription UN ACOMPTE DE 30% du montant total du séjour à l'ordre de la "Ligue de l'Enseignement"
 chèque bancaire ou postal chèque-vacance ANCV mandat CASH virement bancaire

MOTRICITE, DEPLACEMENT

- Se déplace en fauteuil roulant : Manuel Oui Non En permanence Occasionnellement
 Electrique Oui Non En permanence Occasionnellement
- Se sert d'une canne : Oui Non En permanence Occasionnellement
- Chaussures orthopédiques : Oui Non En permanence Occasionnellement
- Peut aller seul(e) : Sur le lit Sur les WC Dans un véhicule
- Monte un escalier seul : Oui Non
- Marche seul : Oui Non +60 mn 30 mn
- Se fatigue rapidement : Oui Non
- Sort en petit groupe (sans animateur) : Oui Non
- Sors seul : Oui Non
- S'adapte à un nouvel environnement : Oui Non
- S'y repère : Oui Non
- Sait demander l'heure : Oui Non
- Sait demander son chemin : Oui Non

HYGIENE, VIE QUOTIDIENNE

- Fait sa toilette seul : Oui Non
- Mange seul : Oui Non
- Boit seul : Oui Non
- Faut-il lui mixer ses aliments : Oui Non
- Peut boire du café : Oui Non
- Peut boire du vin : Oui Non
- Boulimie : Oui Non
- Anorexie : Oui Non
- Potomanie : Oui Non
- Appareil dentaire : Oui Non
- Se couche tôt : Oui Non
- A un rituel d'endormissement : Oui Non
- A peur de l'obscurité : Oui Non
- Se lève la nuit : Oui Non
- A des angoisses nocturnes, des insomnies : Oui Non
- A un lever difficile : Oui Non
- Se lève tôt (avant 7 heures) : Oui Non
- Fait la sieste : Oui Non
- Se douche seul : Oui Non
- S'habille seul : Oui Non
- Change ses sous-vêtements seul : Oui Non
- Reconnaît ses vêtements : Oui Non
- Se rase seul : Oui Non
- Va aux toilettes seul : Oui Non
- Se chausse seul : Oui Non
- Est énéurétique : Oui Non

COMMUNICATION, RELATION, SEXUALITE

- A-t'il des problèmes de communication : Oui Non
- Sait-il se faire comprendre : Oui Non Par l'écriture Le langage
- Ne parle pas : Oui Non
- Sait-il lire : Oui Non Avec aide Sans aide
- Sait-il téléphoner : Oui Non Avec aide Sans aide
- Communique par geste : Oui Non
- Communique par cris : Oui Non
- La relation peut-être difficile : Oui Non
- Avec autrui (ses pairs, vacanciers, étrangers) Avec l'autorité
- Dans quelles circonstances :
- La personne vit en couple : Oui Non
- Le conjoint est-il inscrit sur le meme séjour : Oui Non
- Comportements particuliers et/ou inadaptés : Oui Non

SANTE & TROUBLE DU COMPORTEMENT

- Surdité : Totale Partielle -Appareil auditif : Oui Non
- Problème de vue : Oui Non -Cécité totale
- Appareil oculaire : Oui Non
- Porte des lunettes : Oui Non -Porte des lentilles : Oui Non
- A un traitement medical : Oui Non -Prend son traitement : Oui Non
- Utilise un moyen de contraception : Oui Non
- Précisez :
- Diabétique : Oui Non
- Epilepsie : Oui Non Occasionnelle Stabilisée Fréquente
- A-t'il des injections : Oui Non
- Combien par jour :
- Asthmatique : Oui Non
- Fréquence des crise :
- Gère seul : Oui Non
- Suit un régime : Oui Non
- (Si oui, joindre une ordonnance précisant la nature du régime)
- Cardiopathe : Oui Non
- Le participant est-il sujet aux allergies : Oui Non
- Précisez :
- Fume habituellement : Oui Non
- Précisez la quantité/jour :
- Consomme des boissons alcoolisées : Oui Non
- Précisez la quantité/jour :
- La consommation d'alcool lui est-elle interdite : Oui Non
- Utilise des produits toxiques (drogues) : Oui Non
- Précisez la quantité/jour :
- Poids : Taille : - Automutilation : Oui Non
- Phobie : Oui Non
- Précisez : :
- A-t'il tendance à fuguer : Oui Non - Est-il dépressif : Oui Non

ACTIVITES & LOISIRS

- Choisit une activité parmi plusieurs : Oui Non
- Peut soutenir une attention de façon prolongée : Oui Non
- Sait nager : Oui Non - Baignade autorisée : Oui Non
- Sait faire du vélo : Oui Non - A déjà dormi sous tente : Oui Non
- Pratique régulièrement un sport : Oui Non

DIVERS

- Vit en appartement? Oui Non - vit en institutions Oui Non
- En famille? Oui Non
- Autres :
- Gère seul son argent? Oui Non
- Connaît la valeur de l'argent? Oui Non - Sait faire un achat simple? Oui Non
- A besoin en permanence d'un objet? Oui Non Le jour La nuit

Précisez lequel :
 Autres informations qui pourraient nous être utiles pour mieux accueillir le participant :

INFORMATIONS SUR LA VIE QUOTIDIENNE

Afin de connaître plus rapidement le vacancier, les « petites habitudes » sont importantes à connaître :
 - le réveil :
 - composition du petit déjeuner :
 - la toilette :
 - le coucher :

INFORMATIONS DIVERSES : Préciser ce que vous jugez utile, afin de permettre à l'équipe de mieux comprendre le vacancier : ce qu'il aime, son sommeil, ses repos, les événements importants survenus dans la famille, son comportement en collectivité (relations, ...) :