

➤ Dossier d'inscription

Dossier administratif

Cadre réservé au service

Les inscriptions sont prises par ordre d'arrivée des dossiers. Nous faire parvenir le dossier d'inscription le plus rapidement possible et avant le 06 mai 2022
Remplissez et renvoyez les 2 exemplaires du dossier d'inscription composé des 3 parties : « Dossier administratif », « Dossier de santé », « Renseignements de la personne »

➤ Acompte et règlements :

➤ Vous envoyez le « dossier d'inscription » soit à la Fédération APAJH, soit à l'association départementale APAJH indiquée dans la présentation du séjour accompagné d'un acompte de 300 €

➤ Le service Vacances vous confirme la possibilité et les places disponibles sur le séjour choisi.

➤ **Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum un mois avant le séjour (Sauf accord écrit de prise en charge)**
Aucune inscription ou réservation ne pourra être faite par téléphone.

Etes-vous adhérent APAJH ? Oui Non

Si non, contacter la Fédération APAJH ou l'association départementale APAJH selon le séjour choisi pour connaître le montant de la cotisation annuelle.

Souhaitez-vous prendre l'assurance-annulation ? (4% du prix du séjour) Oui Non

Bénéficiez-vous d'une aide d'un cofinancier ? Oui Non

Si oui, laquelle ? Du CGOS
 Du CCE de la BNP
 Du CCE du Crédit Lyonnais
 Du CCE de la Caisse d'Epargne
 De l'APAS

➤ Autre : lequel ? _____

Précisez au besoin votre n° d'adhérent : _____

➤ Renseignements administratifs vacancier :

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : Femme Homme

Date et lieu de naissance :

____ / ____ / ____ à : _____

Département ou pays :

N° de sécurité sociale : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Lieu et adresse de résidence habituelle

Adresse(s), téléphone(s), mail(s) : _____

Établissement(s) fréquenté(s) :

Aucun SAVS FH FO ESAT

CAJ MAS FAM

Autre – Précisez :

Adresse(s), téléphone(s), adresse(s) électronique(s) :

➤ Contact(s) :

Personne (-s) à contacter en cas d'urgence (nom, lien de parentalité/fonction, téléphone, adresse électronique)
PAR ORDRE DE PRIORITÉ

Nom, prénom, lien de parentalité / fonction, adresse complète et téléphone, adresse électronique :

→ _____

Tél : _____

Mail : _____

→ _____

Tél : _____

Mail : _____

→ _____

Tél : _____

Mail : _____

Cadre réservé au service

➤ **Séjour(s) vacances et adresse(s) d'expédition :**

Séjour(s) souhaité(s)	Dates (à préciser)	Service organisateur	Transport collectif - Ville de départ : Paris ou Marseille (si proposé dans la fiche du séjour)

(Sous réserve d'affectation par le service Vacances-Loisirs organisateur)

	Nom et Prénom	Lien de parentalité / Fonction	Adresse complète	Téléphone	Adresse électronique
Personne chargée de l'inscription					
Où expédier les convocations et horaires de départ					
Où expédier la facture					

➤ **Pour les personnes majeures sous tutelle ou les mineurs**

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

Domicilié(e) :

Agissant en qualité de :

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Vacances APAJH.

Joint au présent dossier administratif d'inscription, le dossier médical attestant qu'il n'y a pas d'interdiction médicale pour l'enfant ou l'adulte à être admis dans le séjour de vacances choisi.

Certifie être informé que le traitement auquel est soumis la personne lui sera administré, suivant les prescriptions de l'ordonnance médicale remise le jour du départ, sous l'autorité du responsable de séjour.

A cette fin, je certifie remettre au responsable de séjour les prescriptions médicales nécessaires.

Certifie être informé, qu'en en cas d'urgence, le responsable de séjour pourra être amené, si l'état de santé de la personne l'exige, à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'administration d'actes de soins.

En qualité de tuteur, mon consentement devra être recueilli pour tous les actes ne revêtant pas un caractère d'urgence. Pour les actes urgents, le responsable de séjour devra m'informer le plus rapidement possible.

Dans tous les cas, le consentement de la personne majeure devra systématiquement être recherché après qu'il ait pu recevoir une information claire et adaptée à son degré de compréhension.

Seuls les actes à but thérapeutique urgent pourront être pris sans mon consentement et sans le consentement de la personne majeure si celle-ci n'a pu être trouvée.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable de séjour.

Certifie exact, lu et approuvé

A, le

Signature :

➤ **Autorisation de prise et de diffusion de photographie(s) et de vidéo(s)**

Je, soussigné :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Agissant en qualité de représentant légal de :

Nom :

Prénom :

Autorise (rayez les mentions inutiles) :

La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me ou le représentant.

La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) me ou le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient.

Dans le strict respect des valeurs de citoyenneté et de dignité défendues par la Fédération APAJH

Fait à :, le :

(Signature)

➤ Dossier d'inscription

Dossier administratif

Cadre réservé au service

Les inscriptions sont prises par ordre d'arrivée des dossiers. Nous faire parvenir le dossier d'inscription le plus rapidement possible et avant le 06 mai 2022
Remplissez et renvoyez les 2 exemplaires du dossier d'inscription composé des 3 parties : « Dossier administratif », « Dossier de santé », « Renseignements de la personne »

➤ Acompte et règlements :

➤ Vous envoyez le « dossier d'inscription » soit à la Fédération APAJH, soit à l'association départementale APAJH indiquée dans la présentation du séjour accompagné d'un acompte de 300 €

➤ Le service Vacances vous confirme la possibilité et les places disponibles sur le séjour choisi.

➤ **Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum un mois avant le séjour (Sauf accord écrit de prise en charge)**
Aucune inscription ou réservation ne pourra être faite par téléphone.

Etes-vous adhérent APAJH ? Oui Non

Si non, contacter la Fédération APAJH ou l'association départementale APAJH selon le séjour choisi pour connaître le montant de la cotisation annuelle.

Souhaitez-vous prendre l'assurance-annulation ? (4% du prix du séjour) Oui Non

Bénéficiez-vous d'une aide d'un cofinancier ? Oui Non

Si oui, laquelle ? Du CGOS
 Du CCE de la BNP
 Du CCE du Crédit Lyonnais
 Du CCE de la Caisse d'Epargne
 De l'APAS

➤ Autre : lequel ? _____

Précisez au besoin votre n° d'adhérent : _____

➤ Renseignements administratifs vacancier :

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : Femme Homme

Date et lieu de naissance :

____ / ____ / ____ à : _____

Département ou pays :

N° de sécurité sociale : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Lieu et adresse de résidence habituelle

Adresse(s), téléphone(s), mail(s) : _____

Établissement(s) fréquenté(s) :

Aucun SAVS FH FO ESAT

CAJ MAS FAM

Autre – Précisez :

Adresse(s), téléphone(s), adresse(s) électronique(s) :

➤ Contact(s) :

Personne (-s) à contacter en cas d'urgence (nom, lien de parentalité/fonction, téléphone, adresse électronique)
PAR ORDRE DE PRIORITÉ

Nom, prénom, lien de parentalité / fonction, adresse complète et téléphone, adresse électronique :

→ _____

Tél : _____

Mail : _____

→ _____

Tél : _____

Mail : _____

→ _____

Tél : _____

Mail : _____

Cadre réservé au service

➤ Séjour(s) vacances et adresse(s) d'expédition :

Séjour(s) souhaité(s)	Dates (à préciser)	Service organisateur	Transport collectif - Ville de départ : Paris ou Marseille (si proposé dans la fiche du séjour)

(Sous réserve d'affectation par le service Vacances-Loisirs organisateur)

	Nom et Prénom	Lien de parentalité / Fonction	Adresse complète	Téléphone	Adresse électronique
Personne chargée de l'inscription					
Où expédier les convocations et horaires de départ					
Où expédier la facture					

➤ Pour les personnes majeures sous tutelle ou les mineurs

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

Domicilié(e) :

Agissant en qualité de :

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Vacances APAJH.

Joint au présent dossier administratif d'inscription, le dossier médical attestant qu'il n'y a pas d'interdiction médicale pour l'enfant ou l'adulte à être admis dans le séjour de vacances choisi.

Certifie être informé que le traitement auquel est soumis la personne lui sera administré, suivant les prescriptions de l'ordonnance médicale remise le jour du départ, sous l'autorité du responsable de séjour.

A cette fin, je certifie remettre au responsable de séjour les prescriptions médicales nécessaires.

Certifie être informé, qu'en cas d'urgence, le responsable de séjour pourra être amené, si l'état de santé de la personne l'exige, à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'administration d'actes de soins.

En qualité de tuteur, mon consentement devra être recueilli pour tous les actes ne revêtant pas un caractère d'urgence. Pour les actes urgents, le responsable de séjour devra m'informer le plus rapidement possible.

Dans tous les cas, le consentement de la personne majeure devra systématiquement être recherché après qu'il ait pu recevoir une information claire et adaptée à son degré de compréhension.

Seuls les actes à but thérapeutique urgent pourront être pris sans mon consentement et sans le consentement de la personne majeure si celle-ci n'a pu être trouvée.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable de séjour.

Certifie exact, lu et approuvé

A, le

Signature :

➤ Autorisation de prise et de diffusion de photographie(s) et de vidéo(s)

Je, soussigné :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Agissant en qualité de représentant légal de :

Nom :

Prénom :

Autorise (rayez les mentions inutiles) :

La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me ou le représentant.

La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) me ou le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient.

Dans le strict respect des valeurs de citoyenneté et de dignité défendues par la Fédération APAJH

Fait à :, le :

(Signature)

📁 Dossier d'inscription

Dossier de santé

Dossier à caractère confidentiel

À retourner avec le dossier administratif

Pour chaque inscription, remplissez le dossier d'inscription et le dossier de santé en 2 exemplaires ci-joints.

Nom du vacancier :

Date de naissance : Poids : Taille :

📁 Renseignements médicaux

Nomination de la pathologie :

Description aussi précise que possible du handicap :

État de santé général :

→ Examen

→ Cardiaque :

→ Pulmonaire :

→ Digestif :

→ Uro-génital :

→ Troubles divers

Troubles de la vue : Oui Non

Troubles de l'ouïe : Oui Non

Troubles caractériels : Oui Non

Troubles de la parole : Oui Non

Enurésie : Oui Non

Encoprésie : Oui Non

Ethylisme : Oui Non

Asthme : Oui Non

Y-a-t-il des problèmes Oui Non

→ de transit / fécalome Oui Non

(joindre l'ordonnance du laxatif habituellement prescrit)

→ d'épisode de sub-occlusion Oui Non

→ d'épisode d'occlusion Oui Non

Est-il sujet à des crises comitiales ? Oui Non

Manifestation habituelle :

Fréquence :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre :

Pour les jeunes filles ou femmes, est-elle réglée ? : Oui Non

Sont-elles douloureuses ? Oui Non

Utilisation d'un moyen contraceptif : Oui Non

Si oui, lequel ?

Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire ?

Lequel ?

Les prescriptions :

La nourriture doit-elle être mixée ? Oui Non

Pré-hachée ? Oui Non

Tous les vaccins sont-ils à jour ? Oui Non

Est-il fumeur ? Oui Non

La baignade est-elle autorisée ? Oui Non

Sait-il nager ? Oui Non

☛ Traitement

Le vacancier est-il soumis à un traitement pendant le séjour ?
(Si oui, l'ordonnance récente devra être jointe le jour du départ)

Oui Non

Le vacancier prend-il ses médicaments, seul ?

Oui Non

Le vacancier a-t-il des soins infirmiers réguliers :
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)

Oui Non

Le vacancier a-t-il des soins de kiné :
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)

Oui Non

☛ Matériel

Porte-t-il un matériel spécifique ? Si oui, lequel :

Oui Non

Utilise-t-il un lit médicalisé ?*

Oui Non

A-t-il besoin d'un matelas anti-escarres ?*

Oui Non

Utilise-t-il un lève personne ?*

Oui Non

A-t-il besoin d'une contention ?*

Oui Non

Matériel utilisé pour la contention, (le joindre si un matériel spécifique est utilisé) :

*** si oui, joindre l'ordonnance**

Remettre obligatoirement au moment du départ les semainiers pour la durée du séjour avec les médicaments en quantité suffisante au directeur ou à son représentant, **l'ordonnance médicale, la photocopie du carnet de vaccination** et éventuellement les prescriptions pour le régime alimentaire.

☛ Contre-indications

Allergies connues : → Alimentaires :

→ Médicamenteuses :

Sportives :

Baignade :

Divers :

☛ COVID-19 :

Avez-vous un schéma vaccinal complet ? Oui Non

Avez-vous une attestation pour une contre indication médical Oui Non

Avez-vous une attestation médicale pour le non port du masque Oui Non

Les attestations seront à remettre avec le pillulier pour la durée du séjour.

Certificat d'admission en séjour de vacances

Je soussigné, Docteur

certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical,

certifie que, Madame, Monsieur

peut être admis dans le séjour de vacances choisi.

A, le

Signature et cachet du médecin :

📁 Dossier d'inscription

Dossier de santé

Dossier à caractère confidentiel

À retourner avec le dossier administratif

Pour chaque inscription, remplissez le dossier d'inscription et le dossier de santé en 2 exemplaires ci-joints.

Nom du vacancier :

Date de naissance : Poids : Taille :

📁 Renseignements médicaux

Nomination de la pathologie :

Description aussi précise que possible du handicap :

État de santé général :

→ Examen

→ Cardiaque :

→ Pulmonaire :

→ Digestif :

→ Uro-génital :

→ Troubles divers

Troubles de la vue : Oui Non

Troubles de l'ouïe : Oui Non

Troubles caractériels : Oui Non

Troubles de la parole : Oui Non

Enurésie : Oui Non

Encoprésie : Oui Non

Ethylisme : Oui Non

Asthme : Oui Non

Y-a-t-il des problèmes Oui Non

→ de transit / fécalome Oui Non

(joindre l'ordonnance du laxatif habituellement prescrit)

→ d'épisode de sub-occlusion Oui Non

→ d'épisode d'occlusion Oui Non

Est-il sujet à des crises comitiales ? Oui Non

Manifestation habituelle :

Fréquence :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre :

Pour les jeunes filles ou femmes, est-elle réglée ? : Oui Non

Sont-elles douloureuses ? Oui Non

Utilisation d'un moyen contraceptif : Oui Non

Si oui, lequel ?

Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire ?

Lequel ?

Les prescriptions :

La nourriture doit-elle être mixée ? Oui Non

Pré-hachée ? Oui Non

Tous les vaccins sont-ils à jour ? Oui Non

Est-il fumeur ? Oui Non

La baignade est-elle autorisée ? Oui Non

Sait-il nager ? Oui Non

☛ Traitement

Le vacancier est-il soumis à un traitement pendant le séjour ?
(Si oui, l'ordonnance récente devra être jointe le jour du départ)

Oui Non

Le vacancier prend-il ses médicaments, seul ?

Oui Non

Le vacancier a-t-il des soins infirmiers réguliers :
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)

Oui Non

Le vacancier a-t-il des soins de kiné :
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)

Oui Non

☛ Matériel

Porte-t-il un matériel spécifique ? Si oui, lequel :

Oui Non

Utilise-t-il un lit médicalisé ?*

Oui Non

A-t-il besoin d'un matelas anti-escarres ?*

Oui Non

Utilise-t-il un lève personne ?*

Oui Non

A-t-il besoin d'une contention ?*

Oui Non

Matériel utilisé pour la contention, (le joindre si un matériel spécifique est utilisé) :

*** si oui, joindre l'ordonnance**

Remettre obligatoirement au moment du départ les semainiers pour la durée du séjour avec les médicaments en quantité suffisante au directeur ou à son représentant, **l'ordonnance médicale, la photocopie du carnet de vaccination** et éventuellement les prescriptions pour le régime alimentaire.

☛ Contre-indications

Allergies connues : → Alimentaires :

→ Médicamenteuses :

Sportives :

Baignade :

Divers :

☛ COVID-19 :

Avez-vous un schéma vaccinal complet ? Oui Non

Avez-vous une attestation pour une contre indication médical Oui Non

Avez-vous une attestation médicale pour le non port du masque Oui Non

Les attestations seront à remettre avec le pillulier pour la durée du séjour.

Certificat d'admission en séjour de vacances

Je soussigné, Docteur

certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical,

certifie que, Madame, Monsieur

peut être admis dans le séjour de vacances choisi.

A, le

Signature et cachet du médecin :

