

LE PARTICIPANT		PHOTO RÉCENTE OBLIGATOIRE
<b>Nom :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Né(e) le : ..... / ..... / ..... Autonomie : A+ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <b>Nom du séjour :</b> ..... <b>Dates :</b> .....		

## CAPACITÉ PHYSIQUES

- A un fauteuil roulant  oui  non  seulement pour les sorties extérieures  
Si oui  manuel  électrique  dimensions : .....
- Le participant en fauteuil, est-il capable d'effectuer ses transferts seul ?  oui  non
- Nécessite un véhicule adapté au fauteuil pour les sorties (TPMR)  oui  non
- A un déambulateur  oui  non
- Béquilles ou canne  oui  non
- Monte / descend un escalier seul  oui  non  accompagné
- Risque de chutes  oui  non

## SUIVI MÉDICAL

- A un traitement  oui  non Allergie (précisez.....)  oui  non  
 matin  midi  16h  soir  coucher Épileptique <sup>(1)</sup>  oui  non
- Porte des lunettes  oui  non Utilise un contraceptif  oui  non  
Non voyant  oui  non s'en occupe seul  oui  non
- Matériel Orthopédique (bas de contention...)  oui  non Cardiaque  oui  non  
(si oui précisez : ..... ) Soins de peau / crème : .....

(1) Les participants sujets à l'épilepsie ne pas admis, seule l'épilepsie stabilisée est acceptée.

## HYGIÈNE

- Se lave seul  oui  stimulation verbale  aide partielle  non  
Fréquence par semaine : .....
- S'habille seul  oui  stimulation verbale  aide partielle  non
- Se rase seul  oui  stimulation verbale  aide partielle  non
- Se brosse les dents seul  oui  stimulation verbale  aide partielle  non
- Porte un appareil dentaire  oui  non
- Le lave seul  oui  non
- Le met seul  oui  non
- Va aux toilettes seul  oui  non
- Énurétique\*  journée  nuit  non
- Encoprétique\*  journée  nuit  non
- Porte des protections  journée  nuit  non
- Les met seul  oui  non

(\* En cas de dégradation de la literie, nous nous réservons le droit de vous adresser les factures liées aux dégâts.

**Merci donc de nous joindre systématiquement des alèses.**

## REPAS ET RÉGIMES ALIMENTAIRES

Prend ses repas seul	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Boit de l'eau gélifiée (à nous fournir)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mange haché	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Utilise des compléments alimentaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mange mixé (texture lisse)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Risque de fausses routes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Café autorisé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui, fréquence : .....		
Suit un régime alimentaire (2)	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	Tendance à la potomanie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

(2) Pour les régimes diabétiques, nous vous demanderons le passage d'une IDE 1 fois par semaine pour un contrôle de glycémie.

## ALCOOL ET TABAC

Alcool autorisé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Tendance à l'éthylisme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Est fumeur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Faut-il qu'un animateur gère sa consommation ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Protocole : .....					

## SOMMEIL – ATTENTION : PAS DE VEILLEUR DE NUIT SUR LES SÉJOURS, MERCI D'EN TENIR COMPTE.

Heure habituelle du lever : .....		Heure habituelle du coucher : .....	
Se lève la nuit*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pour quelles raisons : .....
A besoin d'être orienté, aidé la nuit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

(\*) Ne devant pas nécessiter l'accompagnement de l'équipe encadrante. Nos accompagnateurs sont présents 24h/24, ils ne sont donc pas en mesure d'assurer cette fonction d'accompagnement la nuit. Il n'y a pas de veilleur de nuit sur nos séjours de vacances.

Fait la sieste	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Dort en couple	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui avec : .....	
A un lever difficile	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Peut avoir des angoisses / insomnies	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		

## COMPORTEMENT

Crise d'agitation sans violence	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Est sujet aux hallucinations	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Difficulté d'intégration	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<b>Tendance à fuguer</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Agressivité physique <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Agressivité verbale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
• Envers lui-même	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
• <b>Envers les autres</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
• Envers un objet	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			

Symptômes / Fréquence : .....

(3) En cas d'agressivité physique envers un tiers, le vacancier sera reconduit dans son établissement ou sa famille sans remboursement possible (voir nos conditions particulières de vente).

## SORTIES ET ACTIVITÉS

- Bon marcheur (+ de 30 min)  oui  non
- Baignade seule autorisée (sans surveillant de baignade)  oui  non
- Sait nager  oui  non
- Sortie seul autorisée\*  oui  non
- Peut rester seul sur le lieu de séjour  oui  non

(\*) Les adultes ayant l'autorisation de sortir seuls sans accompagnateurs ne sont pas sous notre responsabilité pendant les plages de sorties. Les animateurs de séjours les laisseront donc – après repérage des lieux – vaquer à leurs occupations personnelles pendant un temps déterminé.

## COMMUNICATION

- |                           |                              |                              |                              |                              |                              |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Communique par le langage | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Sait écrire                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Communique par les gestes | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Difficulté de compréhension  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Difficulté d'élocution    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Sourd                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Utilise des pictogrammes  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Porte des appareils auditifs | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Fiabilité de ses propos   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Muet                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Sait lire                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Téléphone seul               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

## ARGENT DE POCHE

- Gère son argent seul  oui  non
- Faut-il pointer ses dépenses et son argent de poche ?  oui  non

## SOINS INFIRMIERS oui non

Détail du soin : .....

Injection  oui  non Si oui, fréquence ou date de l'injection : .....

Type d'injection : .....

**ATTENTION : Nous ne prendrons pas en charge les personnes diabétiques ayant des injections.**

## LOCATION DE MATÉRIEL

- oui  non Taille : ..... Poids : .....
- lit médicalisé  lit médicalisé + barrière  lève-personne + filet  verticalisateur
- montauban  chaise de douche  autres, détaillez : .....

## ATTENTION

– Nous ne prenons pas les rendez-vous avec les cabinets infirmiers, nous vous transmettons une fiche de liaison à nous retourner complétée à cet effet.

– Nous ne prenons pas en charge les personnes nécessitant une injection lors des journées de transports aller et retour et lors des soirées étapes (nuit à l'hôtel). Nous ne prenons pas en charge les personnes nécessitant un traitement réfrigéré.

## AUTRES

Nom de la personne que le vacancier peut joindre par téléphone + n° de téléphone et fréquence : .....

Souhaite écrire des cartes postales (\*)  oui  non

Souhaite faire et recevoir un cahier souvenir de vacances  oui  non

(\*) Merci de joindre dans sa valise les enveloppes timbrées + nom et adresse des destinataires.



Je, soussigné(e) agissant en qualité de .....

- certifie l'exactitude des informations mentionnées
- certifie que l'état de santé de la personne n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité dans un cadre non médicalisée. Nous vous rappelons que ce séjour ne s'adresse pas aux personnes dangereuses pour elle-même ou pour la collectivité.
- reconnaît accepter les points 1 à 7 de l'engagement réciproque joint.

Fait à .....

le .....

Apposer la mention manuscrite «Lu et approuvé» et votre signature

**Petit rappel des pièces à joindre au dossier :**

- copie carte mutuelle
- ordonnance si location de matériel et/ou passage IDE
- copie de l'attestation CPAM
- copie de la carte d'identité
- copie du pass sanitaire

**Un mois avant le départ, vous recevrez :**

- La convocation vous indiquant l'heure et lieu de RDV pour le départ et le retour
- Un pilulier jetable (si vous retournez le coupon réponse présent dans la convocation)
- Les étiquettes bagages + badge si transport en autocar uniquement, si transport en minibus, vous ne recevrez pas en amont ces étiquettes/badges. Le chauffeur du minibus vous les donnera la jour du départ
- Une fiche médicale violette à nous remettre le jour du départ avec l'ordonnance valide et signée par le médecin.
- Un trousseau

## ENGAGEMENT RÉCIPROQUE

### L'organisme Vacances Adaptées s'engage :

- à mettre en œuvre l'ensemble des dispositions et protocoles figurant dans le « LIVRET DE PRÉSENTATION DES SÉJOURS & COVID-19 ».

### L'inscrivant, le tuteur et le vacancier :

1. attestent avoir pris connaissance et acceptent les dispositions et protocoles figurant dans le « LIVRET DE PRÉSENTATION DES SÉJOURS & COVID-19 ».
2. attestent que le vacancier n'est pas une personne à risque de forme grave de la Covid-19 au regard des critères définis par le HCSP dans son avis du 20 avril 2020\*, ou, si tel est le cas, avoir pris l'attache du médecin habituel pour disposer d'un avis concernant la participation au séjour avant l'inscription ou le départ ;
3. s'engagent à prévenir l'organisme Vacances Adaptées si le vacancier présente des signes évocateurs d'atteinte par la Covid-19, ou a été en contact avec une personne malade dans les 15 jours avant le départ, annulant de ce fait sa participation au séjour ;
4. attestent que le vacancier connaît et applique les gestes barrières et le port du masque quand nécessaire, et le fera durant le séjour en respectant les consignes de l'équipe d'encadrement ;
5. attestent que le vacancier est autonome dans les actes de la vie quotidienne et notamment pour l'hygiène corporelle (sauf si le vacancier est inscrit sur le séjour « Ma maison spa et nature » et/ou « La côte de Jade ») ;
6. s'engagent à ce qu'une personne soit joignable À TOUT MOMENT pour organiser le retour du vacancier en cas de contraction de la Covid-19 ou de rapatriement du groupe décidé sur avis médical ;
7. s'engagent à surveiller au retour du vacancier tout signe d'alerte et l'apparition d'éventuels symptômes et, le cas échéant, de prévenir l'organisme Vacances Adaptées pour qu'une information aux autres vacanciers, familles, établissements et accompagnateurs du séjour puisse être effectuée.

Une copie de ce livret va être automatiquement envoyé avec le contrat de vente au tuteur pour validation également.

\* Le HCSP émet des recommandations pour la prévention et à la prise en charge du covid-19 chez les patients à risque de formes sévères :

- les personnes âgées de 70 ans et plus ;
- les patients aux antécédents cardiovasculaires hypertension artérielle compliquée, accident vasculaire cérébral ou coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV;
- les diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie ;
- les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée et les malades atteints de cancer sous traitement.