



DOSSIER DE RÉSERVATION

IMPORTANT

Lors du choix de la destination, veuillez à respecter le degré d'autonomie et l'**indice de fatigabilité** correspondant aux critères d'accueil du séjour proposé. Dans le cas contraire, nous serions contraints de refuser l'inscription lors de la lecture du dossier et de vous proposer une destination plus adaptée. Veuillez également vous assurer de l'exactitude des informations indiquées dans le dossier de réservation pour la pleine réussite des vacances.

INFOS & RENSEIGNEMENTS

Service réservation : **03 66 72 62 18**

Ce dossier d'inscription a été revu selon la nouvelle instruction VAO n°DGCS/SD3B/2015/233 du 10/07/2015. Les fiches de renseignements n°1, 2 et 3 doivent être obligatoirement datées et signées par le vacancier ou son représentant légal. En ce qui concerne les fiches médicales n°1 et 2, celles-ci doivent être obligatoirement datées et signées par le vacancier ou son représentant légal et le médecin traitant.

Le dossier de réservation complet peut être télécharger sur notre site Internet dans la rubrique Modalités. Celui-ci doit comporter obligatoirement les documents ci-dessous :

La fiche administrative

Les fiches de renseignements n°1, 2, 3, les fiches médicales n°1 et 2

La fiche frais médicaux et soins tiers médicaux avec la copie des ordonnances (le cas échéant)

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 et le montant de(s) l'assurance(s) choisie(s) en option (le cas échéant)

La Grande Ourse • Voyages Adaptés

4bis, rue d'en Bas • 59151 BRUNÉMONT • Tél. 03 66 72 62 18 • Fax : 03 65 17 04 11

Email : contact@grande-ourse.org

FICHE ADMINISTRATIVE

Date et signature du vacancier ou de son représentant légal OBLIGATOIRES

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 :

Photo d'identité
(obligatoire)

Sélectionner le format
souhaité

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 / / 20 au / / 20

En couple sur le séjour avec : Chambre commune : Oui Non

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 en cas de besoin 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.

Les fiches de renseignements n°1, 2 et 3 doivent être OBLIGATOIREMENT datées et signées par le vacancier ou son représentant légal. En ce qui concerne les fiches médicales n°1 et 2, celles-ci doivent être OBLIGATOIREMENT datées et signées par le vacancier ou son représentant légal et le médecin traitant.

RENSEIGNEMENTS N°1

Date et signature du vacancier ou de son représentant légal OBLIGATOIRES

VIE QUOTIDIENNE	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide permanente
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
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
Déficience visuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Déficience auditive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

DATE ET SIGNATURE
Vacancier ou représentant légal

RENSEIGNEMENTS N°2

Date et signature du vacancier ou de son représentant légal OBLIGATOIRES

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 rester seul sur la structure de vacances		
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		
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		
Bas de contention		
Autre :		

DATE ET SIGNATURE
Vacancier ou représentant légal

FICHE MÉDICALE N°1

Date et signature du vacancier ou de son représentant légal et du médecin OBLIGATOIRES

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 :		

*Si énurésie ou encoprésie, merci de fournir une alèse

ALIMENTAIRE	OUI	NON
Allergie alimentaire		
Précisez :		

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

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 :		

HOSPITALISATION / 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

ATTESTATION DU MÉDECIN

J'atteste que M. ou Mme.....
(le vacancier) est apte à partir en séjour adapté et à participer aux excursions et activités proposées par la Grande Ourse.

DATE ET SIGNATURE
Vacancier ou représentant légal

DATE ET SIGNATURE
Médecin traitant

FICHE MÉDICALE N°2

Date et signature du vacancier ou de son représentant légal et du médecin OBLIGATOIRES

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	Goûter	Soir	Coucher

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

FRÉQUENCES PRESCRITES

	Matin	Midi	Goûter	Soir	Coucher

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

.....
.....

Je m'engage à transmettre par email à contact@grande-ourse.org, 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 :

<p>DATE ET SIGNATURE Vacancier ou représentant légal</p>	<p>DATE ET SIGNATURE Médecin traitant</p>
---	--

FRAIS MÉDICAUX

Date et signature du vacancier ou de son représentant légal OBLIGATOIRES

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Qualité :

Responsable légal du majeur protégé :

Association de tutelle ou curatelle :

N° de téléphone d'urgence durant les séjours :

Declare 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

La Grande Ourse Voyages Adaptés.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux avancés par La Grande Ourse Voyages Adaptés

À :

Le : / /

SOINS & TIERS MÉDICAUX

Date et signature du vacancier ou de son représentant légal OBLIGATOIRES avec la copie des ordonnances

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 La Grande Ourse Voyages Adaptés fasse le nécessaire auprès d'une pharmacie.

À :

Le : / /

DATE ET SIGNATURE
Vacancier ou représentant légal