



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.



La Grande Ourse

SÉJOURS DE VACANCES ADAPTÉS

INFOS & RENSEIGNEMENTS

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

Ce dossier d'inscription a été revu selon l'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.
- La fiche d'engagements et la fiche médicale doivent être obligatoirement datées et signées par le vacancier ou son représentant légal et le médecin traitant.

Un document / dossier incomplet à échéance donnera lieu à une annulation.

Le dossier de réservation complet peut être téléchargé sur notre site Internet dans la rubrique "Modalités".

Celui-ci doit comporter obligatoirement les documents ci-dessous :

- ☐ La fiche administrative
- ☐ Les fiches d'engagements et la fiche médicale
- ☐ Les fiches de renseignements n°1, 2 et 3
- ☐ La photocopie de la prescription médicale dactylographiée de moins de 3 mois (aux dates du séjour)
- ☐ Les photocopies de la carte d'identité ou du passeport (le cas échéant)
- ☐ L'acompte de 30% du prix du séjour et le montant de(s) l'assurance(s) choisie(s) en option (le cas échéant)
- ☐ Un RIB

Ce dossier est à renvoyer à l'adresse suivante : 4 rue du Général de Gaulle, 70400 Héricourt

La Grande Ourse • Voyages Adaptés

Château Rouge, 274 TER/3 Avenue de la Marne, 59700 Marcq-en-Barœul • 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)

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 / / au / /

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

Je souhaite une prise en charge transport (voir pages Transport) ☐ Oui ☐ Non ☐ Aller ☐ Retour

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 :

DATE ET SIGNATURE
Vacancier ou représentant légal

RENSEIGNEMENTS N°1

Nom et prénom du vacancier :

Date et signature du vacancier ou de son représentant légal OBLIGATOIRES

VE 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 :		

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 :		

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		
Écrit		
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 :		

DÉFICIENCES SENSORIELLES

	Légère	Moyenne	Complète
Déficiência visuelle : ☐ Oui ☐ Non			
Déficiência auditive : ☐ Oui ☐ Non			

DATE ET SIGNATURE
Vacancier ou représentant légal

RENSEIGNEMENTS N°2

Date et signature du vacancier ou de son représentant légal OBLIGATOIRES

Nom et prénom du vacancier :

.....

DÉPLACEMENTS / SORTIES

	OUI	NON
Se repère dans l'espace		
Se repère dans le temps		
Mémoire 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 : ☐ 1km ☐ 3 km ☐ 5 km ☐ 10 km		

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		
Sait nager		
Peut se baigner avec surveillance		
Peut se baigner sans surveillance		
Participation à une activité soutenue		
Exposition au soleil modérée		
Sait skier		
Peut skier seul		
Peut skier avec un animateur LGO		
Doit skier avec un moniteur (ESF...)		

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 :		

DATE ET SIGNATURE
Vacancier ou représentant légal

RENSEIGNEMENTS N°3

Nom et prénom du vacancier :

Date et signature du vacancier, de son référent éducatif, de son médecin traitant

Éléments complémentaires (pédagogie, attitudes, à éviter...)

Vie quotidienne : (recommandations médicales, toilette, gestion de l'argent personnel, habitudes...)

Comportement (relation avec des inconnus, encadrants, autres vacanciers, participation aux activités...)

DATE ET SIGNATURE
Vacancier

DATE ET SIGNATURE
Représentant légal

FICHE MÉDICALE

Nom et prénom du vacancier :

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

Nom / prénom du médecin traitant :

Email : Téléphone(s) : Portable(s) :

Joignable pendant le séjour : ☐ Oui ☐ Non / Si non, nom et prénom du médecin joignable :

Email : Téléphone(s) : Portable(s) :

DÉFICIENCE / HANDICAP

	OUI	NON
Moteur		
Sensoriel		
Cognitif		
Mental		
Psychique		
Polyhandicap		
Social		

Précisez :

Pathologies :

VACCINATIONS À JOUR

	OUI / NON	DATE
Hépatite A		
Hépatite B		
Tétanos		
Grippe		
Covid 19		
Autres, précisez :		
Groupe sanguin :		

HABITUDES / 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 :		

ALIMENTAIRE

	OUI	NON
Allergie alimentaire		
Précisez :		

SANTÉ / MÉDICAL

	OUI	NON
Traitement médical		
Prend son traitement seul		
Soins et tiers médicaux		
Précisez :		
Énurésie diurne		
Énurésie 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 :		
Épileptique		
Épilepsie stabilisée		
Date de la dernière crise :		

*si énurésie ou encoprésie nocturne, merci de fournir une alèse

ATTESTATION DU MÉDECIN

☐ J'atteste que M. ou Mme..... (le vacancier) est apte à participer au séjour adapté sélectionné et à participer aux excursions et activités proposées par La Grande Ourse Voyages Adaptés.

DATE ET SIGNATURE
Médecin traitant

DATE ET SIGNATURE
Vacancier ou représentant légal

FICHE D'ENGAGEMENTS

(À remplir impérativement)

Nom et prénom du vacancier :

.....

Pour le bon fonctionnement de nos séjours, en cas de dissimulation d'information ou de fausse information concernant le vacancier dans le dossier de réservation, il sera mis fin à son séjour, sans préavis, à ses frais, et sans remboursement possible. De plus, conformément à la législation en vigueur, une telle dissimulation d'information ou fausse information fera l'objet d'un signalement systématique auprès des services de la DREETS et de l'ARS.

FRAIS MÉDICAUX

☐ Je m'engage, en qualité de responsable légal, à rembourser les frais médicaux engagés par La Grande Ourse Voyages Adaptés dans le cadre du séjour de vacances ou des transports.

HOSPITALISATION / INTERVENTION CHIRURGICALE

☐ J'autorise 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.

CONDITIONNEMENT / SÉCURISATION (cocher les 2 cases)

☐ Afin de pouvoir participer aux transports de la Grande Ourse, je m'engage en qualité de responsable légal, à ce que soit fourni au vacancier pour le départ l'ensemble du traitement médical conditionné exclusivement dans les "pochettes médicales transport" de l'agence fournies gratuitement à cet effet.
Dans le cas contraire, la participation au séjour du vacancier sera refusée sans condition et sans pouvoir prétendre à une quelconque indemnisation ou remboursement. *

☐ Je m'engage, en qualité de responsable légal, à ce que soient fournis au vacancier pour son départ l'ensemble du traitement médical pour toute la durée du séjour, conditionné exclusivement en semainiers, ainsi que l'original de la prescription médicale définitive, valable pour la durée du séjour.
Dans le cas contraire, la participation au séjour du vacancier sera refusée sans condition et sans pouvoir prétendre à un quelconque remboursement ou indemnisation. *

** Après régularisation du conditionnement des traitements médicaux, le transport du vacancier pour une arrivée différée sur le lieu de séjour pourra faire l'objet d'un devis complémentaire.*

ADMINISTRATIF / DOSSIER

☐ Je m'engage, en qualité de responsable légal, à ce que soit fournie à l'agence de voyage, entre 90 jours et 30 jours avant le début du séjour, la copie de la prescription médicale définitive valable pour la durée du séjour.
Dans le cas contraire, des pénalités de retard d'un montant de 50 € seront appliquées.

RAPPEL : En cas de traitement médical, vous devez fournir l'intégralité des piluliers pour toute la durée du séjour.
Vous avez le choix entre l'utilisation de vos propres piluliers ou d'utiliser ceux à usage unique offerts par l'agence.

- ☐ Je souhaite recevoir et utiliser les semainiers à usage unique fournis par La Grande Ourse Voyages Adaptés
☐ Je ne souhaite pas recevoir les semainiers de La Grande Ourse Voyages Adaptés

À : le : / /

SIGNATURE
Responsable légal