

1 photo
récente
obligatoire



CENTRALE INSCRIPTIONS EPAL
10 RUE NICÉPHORE NIÉPCE
CS 62863 - 29228 BREST CEDEX 2

TÉL : 02 98 41 84 09 - MAIL : vta.epal@epal.asso.fr

NE PAS REMPLIR

N° adhérent

Réf. Séjour

Arrhes à verser (200 € par semaine)

SÉJOUR CHOISI :

Réf : dates :

Orientation MDPH :

PARTICIPANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : M F

Personne s'occupant de l'inscription :

Nom : Prénom :

Fonction : Tél :

Adresse mail :

PERSONNE À CONTACTER DURANT LE SÉJOUR (+ Urgence) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal [] Ville : Tél :

ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ PENDANT L'ANNÉE :

Personne de référence :

Adresse :

Code postal [] Ville : Tél :

COMPTE-RENDU : je souhaite recevoir un compte-rendu de séjour

CONVOYAGE : (à remplir **obligatoirement**) :

Le vacancier choisit **d'être pris en charge par les transports EPAL. Pour choisir votre ville de rendez-vous, référez-vous au livret transport.**

Ville de départ : Date :

Ville de retour : Date :

ou

La famille ou l'institution se charge du transport jusqu'au lieu du séjour (donc pas de transport EPAL, accueil sur place).

Les informations concernant le séjour et le voyage seront adressées à :

Nom : Prénom :

(Etablissement) :

Adresse :

Code postal [] Ville : Tél :

Le RELEVÉ DE FRAIS sera adressé à :

Qualité :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal [] Ville : Tél :

LE PARTICIPANT EST SOUS :

Tutelle Curatelle

Nom : Prénom :

Organisme :

Adresse :

Code postal [] Ville : Tél :

Je soussigné M., agissant en qualité de

certifie la sincérité des informations portées dans ce document.

Fait à le

Signature de la personne ayant rempli le document :

SORTIES / DÉPLACEMENTS

Sort seul Oui Non

Sort seul après préparation Oui Non

Sait demander son chemin Oui Non

Peut rester seul sur le lieu de séjour Oui Non

Peut monter / descendre un escalier seul Oui Non

Utilise un fauteuil roulant occasionnel Oui Non

HYGIÈNE

Sait aller aux WC Oui stimulé Non

Est sujet à l'énurésie diurne nocturne Non

Est sujet à l'encoprésie diurne nocturne Non

Porte des protections Oui Non

Fait sa toilette Oui stimulé Non

Sait se raser Oui stimulé Non

Sait s'habiller Oui stimulé Non

S'occupe seul de ses affaires personnelles Oui stimulé Non

MÉDICAL

A un traitement Oui Non

S'en occupe seul Oui Non

L'équipe s'en occupe Oui Non

Utilise un moyen de contraception Oui Non

Précisez :

S'en occupe seul Oui Non

L'équipe s'en occupe Oui Non

Nécessite des soins infirmiers Oui Non

Quel type de soins ? :

Pour une prise en compte de ces soins, joindre une ordonnance un mois avant le début du séjour.

Suit un régime Oui Non

(Si oui, joindre une ordonnance précisant la nature du régime).

INSCRIPTION EN COUPLE

S'inscrit en couple Oui Non

En compagnie de

(Une inscription en couple signifie que les deux personnes dorment dans une même chambre, en toute intimité, partageant le même lit)

