

C - Fiche Aménagement et Besoins

Nom du gîte : LA GRANGE
Adresse : KERLEGENNEC
Code Postal : 56310 **Ville :** QUISTINIC
Téléphone fixe : 02 97 28 81 60 **Portable :** 06 32 70 96 94
Fax : _____ **Mail :** cap-blavet@wanadoo.fr

	Le matériel est-il sur place ?	J'en ai besoin :
Lève-personne	Non (mais location possible à la pharmacie)	<input type="checkbox"/> Oui et mon établissement se charge de la location à la pharmacie <input type="checkbox"/> Non (pas de besoin)
chariot douche	Non	Pas d'utilisation de chariot douche possible
Lit médicalisé (nous vous demandons, s'il vous plaît, de ne procéder à une location de lit médicalisé que si la raison est impérative car médicale. Si non, ne le faites pas : Le 5^{ème} lit peut être équipé de barrière - faire la demande)	4 lits médicalisés sur place Pas de 5^{ème} lit possible (Utilisation du lit classique, barrières de lit possible sur place)	<input type="checkbox"/> Oui et mon établissement se charge de la location à la pharmacie <input type="checkbox"/> Non (pas de besoin)

En cas de location de verticalisateur en pharmacie, ne pas oublier de louer les sangles qui vont avec.

Accessibilité	En fauteuil roulant manuel	En fauteuil roulant électrique	Matériel disponible sur place* (détaillez)
L'accès à l'entrée	Oui	Oui	Barrières de lits (6) Chaises douche (2) Chaise-toilette (1) Robot mixeur Joëlette (1)
L'accès aux lieux communs	Oui	Oui	
L'accès à la chambre	Oui	Oui / Non *	
L'accès à la salle de bain	Oui	Oui / Non *	
L'accès à la cuisine	Oui	Non	
L'accès à l'extérieur	Oui	Oui	
Les WC	Oui Hauteur : 45CM PMR	Oui	1 barre d'appui Oui 2 barres d'appui Oui

Les Coordonnées médicales : (nom, adresse, téléphone)

Pharmacie Fetan glaz, 5 rue de la mairie 56310 Quistinic, 02 97 39 73 22
 Cabinet Infirmier : Locmaria 56310 Quistinic, 02 97 39 74 37
 Cabinet infirmier : 1 rue de Guémené, 56310 Bubry, 02 97 51 31 93
 Médecin Généraliste : Docteur Robin 6 place st antoine 56310 Bubry, 02 97 51 70 21
 Médecin Généraliste : Docteur Thomas 6 rue de la libération 56310 Bubry, 02 97 51 70 56
 Kinésithérapeute : Mickaël Lesant 2 rue docteur Troudet 56310 Bubry, 02 97 51 72 21
 Hôpital le plus proche : C.H Bretagne Sud, 5 avenue de Choiseul 56322 Lorient cedex 02 97 06 90 90

Souhait pour les besoins spécifiques du vacancier

**Merci de nous ramener le recto / verso complété
45 jours avant le départ**

Nom : _____ Prénom : _____

Référence : _____ Dates de séjour : _____

J'utilise pour mes vacances :

- Un fauteuil

Manuel (1 seul fauteuil par personne possible)

Electrique

De façon permanente

Occasionnellement

Non je suis marchant

- Je voyage dans mon fauteuil

- Je peux voyager hors de mon fauteuil

Matériel :

- J'ai besoin d'un lève-personne / chariot-douche / lit médicalisé : remplir le recto de cette feuille.

- J'ai besoin d'un autre matériel que je souhaite amener avec moi si possible :

Vous devez nous contacter afin de vérifier la faisabilité du transport de ce matériel par nos soins. Si nous ne pouvons pas répondre favorablement, l'acheminement vers le lieu du séjour sera à votre charge. Choisissez aussi dans ce cas, si possible et si cela correspond bien sûr à votre choix de destination de vacances, un lieu proche afin que l'acheminement de votre matériel soit facilité.

o Détail : _____

o Dimension : _____

C - Fiche concernant l'aménagement du lieu de séjour

Nom du gîte : **AFM**
 Adresse : **105 RUE DE MONCONTOUR**
 Code Postal : **22950** Ville : **TREGUEUX**
 Téléphone fixe : **02.96.71.27.51** Portable : _____
 Fax : _____ Mail : **serviceregional@afm-telethon.fr**

	Le matériel est-il sur place ?	J'en ai besoin :
Lève-personne	Oui	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
chariot douche	Oui (électrique)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Lit médicalisé (nous vous demandons, s'il vous plaît, de ne procéder à une location de lit médicalisé que si la raison est impérative car médicale. Sinon, ne le faites pas : toutes les literies sont de bon confort par ailleurs)	Oui, déjà sur place Nombre de lits : 8 Nombre de barrières : 8	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

En cas de location de verticalisateur en pharmacie, ne pas oublier de louer les sangles qui vont avec.

Accessibilité	En fauteuil roulant manuel	En fauteuil roulant électrique	Matériel disponible sur place* (détaillez)
L'accès à l'entrée	Oui	Oui	Montauban siège douche
L'accès aux lieux communs	Oui	Oui	
L'accès à la chambre	Oui	Oui	
L'accès à la salle de bain	Oui	Oui	
L'accès à la cuisine	Oui	Oui	
L'accès à l'extérieur	Oui	Oui	
Les WC	Oui	Oui	1 barre d'appui Oui 2 barres d'appui Oui

* Exemple : barre de maintien, siège Gaillot, siège douche, Montauban...

Les Coordonnées médicales : (nom, adresse, téléphone)

Pharmacie : Allo Liliane 22 rue de Moncontour 22950 Trégueux 02-96-71-03-76
 Centre de Santé Infirmier 2 Pl. François Mitterrand Porte 4, 22950 Trégueux Tel : 02-96-71-28-50
 Médecin Généraliste : ALAIN DUFROS 9 RUE DE VERDUN TREGUEUX 02-96-71-13-37
 Hôpital le plus proche : 10 Rue Marcel Proust, 22000 Saint-Brieuc Tel : 02 96 01 71 23

Souhait pour les besoins spécifiques du vacancier

**Merci de nous ramener le recto / verso complété
45 jours avant le départ**

Nom : _____ Prénom : _____

Référence : _____ Dates de séjour : _____

J'utilise pour mes vacances :

- Un fauteuil

Manuel (1 seul fauteuil par personne possible)

Electrique

De façon permanente

Occasionnellement

Non je suis marchant

- Je voyage dans mon fauteuil

- Je peux voyager hors de mon fauteuil

Matériel :

- J'ai besoin d'un lève-personne / chariot-douche / lit médicalisé : remplir le recto de cette feuille.

- J'ai besoin d'un autre matériel que je souhaite amener avec moi si possible :

Vous devez nous contacter afin de vérifier la faisabilité du transport de ce matériel par nos soins. Si nous ne pouvons pas répondre favorablement, l'acheminement vers le lieu du séjour sera à votre charge. Choisissez aussi dans ce cas, si possible et si cela correspond bien sûr à votre choix de destination de vacances, un lieu proche afin que l'acheminement de votre matériel soit facilité.

o Détail : _____

o Dimension : _____

C - Fiche Aménagement et Besoins

Nom du gîte : Le logis de bau
Adresse : 5 bau
Code Postal : 37310 **Ville :** Tauxigny- ST Bauld
Téléphone fixe : 02-47-59-59-53 **Portable :** _____
Fax : _____ **Mail :** logisdebau@orange.fr

	Le matériel est-il sur place ?	J'en ai besoin :
Lève-personne	Non (mais location possible à la pharmacie)	<input type="checkbox"/> Oui et mon établissement se charge de la location à la pharmacie <input type="checkbox"/> Non (pas de besoin)
chariot douche	Non	Pas d'utilisation de chariot douche possible
Lit médicalisé <small>(nous vous demandons, s'il vous plait, de ne procéder à une location de lit médicalisé que si la raison est impérative car médicale. Sinon, ne le faites pas : toutes les literies sont de bon confort par ailleurs)</small>	Non (mais location possible à la pharmacie)	<input type="checkbox"/> Oui et mon établissement se charge de la location à la pharmacie <input type="checkbox"/> Non (pas de besoin)

En cas de location de verticalisateur en pharmacie, ne pas oublier de louer les sangles qui vont avec.

Accessibilité	En fauteuil roulant manuel	En fauteuil roulant électrique	Matériel disponible sur place* (détaillez)
L'accès à l'entrée	Oui	Oui	1 chaise percée pour WC Chaise plast avec accoudoirs pour douche
L'accès aux lieux communs	Oui	Oui	
L'accès à la chambre	Oui	Oui	
L'accès à la salle de bain	Oui	Oui	
L'accès à la cuisine	Oui	Oui	
L'accès à l'extérieur	Oui	Oui	
Les WC	Oui Hauteur : 48 cm	Oui	1 barre d'appui Oui 2 barres d'appui Non

* Exemple : barre de maintien, siège Gaillot, siège douche, Montauban...

Les Coordonnées médicales : (nom, adresse, téléphone)

Médecin : LE SOLLIEC : Isabelle 12 rue Nationale 37320 CORMERY 02-47-43-44-98
 Infirmière : LEFRIAND Hélène et TRICOT Véronique 12 rue nationale 02-47-43-44-97
 ou REMMERIE Véronique et MANCEAU Pascale 02-47-43-41-78 37320 CORMERY
 Pharmacie de l'abbaye 5 rue nationale 37320 CORMERY 02-47-43-40-04
 Kinésithérapeutes : URIER Philippe - 02-47-43-41-39 ou GAIKKARD Florence -02-47-26-36-13
 Hôpital TROUSSEAU Av de la république 37170 CHAMBRAY LES TOURS 02-47-47-47-47

Souhait pour les besoins spécifiques du vacancier

**Merci de nous ramener le recto / verso complété
45 jours avant le départ**

Nom : _____ Prénom : _____

Référence : _____ Dates de séjour : _____

J'utilise pour mes vacances :

- Un fauteuil

Manuel (1 seul fauteuil par personne possible)

Electrique

De façon permanente

Occasionnellement

Non je suis marchant

- Je voyage dans mon fauteuil

- Je peux voyager hors de mon fauteuil

Matériel :

- J'ai besoin d'un lève-personne / chariot-douche / lit médicalisé : remplir le recto de cette feuille.

- J'ai besoin d'un autre matériel que je souhaite amener avec moi si possible :

Vous devez nous contacter afin de vérifier la faisabilité du transport de ce matériel par nos soins. Si nous ne pouvons pas répondre favorablement, l'acheminement vers le lieu du séjour sera à votre charge. Choisissez aussi dans ce cas, si possible et si cela correspond bien sûr à votre choix de destination de vacances, un lieu proche afin que l'acheminement de votre matériel soit facilité.

o Détail : _____

o Dimension : _____



Association EPAL
10 rue Nicéphore Niepce BP 40002 29801 BREST CEDEX 9
Tel : 02-98-41-84-09 Fax : 02-98-41-69-54
Mail : denise.lelay@epal.asso.fr

ST CONGARD

C - Fiche Aménagement et Besoins

Nom du gîte :	GITE RAND EAU POUR TOUS	21 ROUTE DE REDON
Code Postal :	56140	Ville : SAINT CONGARD
Téléphone fixe :		Portable : 06-13.49.49.83
Fax :		Mail : morganepondard@gmail.com

	Le matériel est-il sur place ?	J'en ai besoin :
Lève-personne	Non (mais location possible à la pharmacie)	<input type="checkbox"/> Oui et mon établissement se charge de la location à la pharmacie <input type="checkbox"/> Non (pas de besoin)
chariot douche	Non, mais vous pouvez en déposer un sur place	<input type="checkbox"/> mon établissement se charge d'en avertir EPAL <input type="checkbox"/> Non (pas de besoin)
Lit médicalisé <small>(nous vous demandons, s'il vous plait, de ne procéder à une location de lit médicalisé que si la raison est impérative car médicale. Sinon, ne le faites pas : toutes les literies sont de bon confort par ailleurs)</small>	Non (mais location possible à la pharmacie) 2 lits maximum Barres en location	<input type="checkbox"/> Oui et mon établissement se charge de la location à la pharmacie <input type="checkbox"/> Non (pas de besoin)

En cas de location de verticalisateur en pharmacie, ne pas oublier de louer les sangles qui vont avec.

Accessibilité	En fauteuil roulant manuel	En fauteuil roulant électrique	Matériel disponible sur place*(détaillez)
L'accès à l'entrée	Oui	Oui	<u>1 siège douche amovible</u>
L'accès aux lieux communs	Oui	Oui	
L'accès à la chambre	Oui	Oui	
L'accès à la salle de bain	Oui	Oui	
L'accès à la cuisine	Oui	Oui	
L'accès à l'extérieur	Oui	Oui	
Les WC	Oui Hauteur : PMR	Oui	1 barre d'appui Oui 2 barres d'appui Oui

* Exemple : barre de maintien, siège Gaillot, siège douche, Montauban...

Les Coordonnées médicales : (nom, adresse, téléphone)

Pharmacie : Brocéliande Médical

Parc d'activités La Lande du Moulin 2 rue Marie Curie, 56800 Ploërmel Téléphone : 02 97 72 15 91

Cabinet Infirmier : Caro : 02 97 93 71 20 Bourdon, Gautier, Guihenneuc

La Chapelle Caro : ☐02 97 74 76 47 Cabinet Infirmier LACOUR/LAPIER

Malestroit (56140) : CADORET, LE NAGARD BOURDE 02 97 73 76 52 15, rue des Ponts

Médecin : La Chapelle Caro (56460) : Dr TATTEVIN 02 97 74 88 47 / 06 08 32 34 49 1 rue Descartes

Malestroit (56140) : Cabinet Médical Dr HERVE, Dr DESPIERRE 02 97 75 20 57 8 rue E. Entremont

Kinésithérapeute : Malestroit (56140): * Christian BORDAIS 02 97 72 22 19 3 faubourg Ste Anne

Mickaël COLINEAUX Eric AUDRAN 02 97 73 79 04 12 rue E. Entremont

Hôpital le plus proche : Malestroit (56140) : Hôpital local 02 97 75 20 46 2, rue Louis Marseille

Souhait pour les besoins spécifiques du vacancier

**Merci de nous ramener le recto / verso complété
45 jours avant le départ**

Nom : _____ Prénom : _____

Référence : _____ Dates de séjour : _____

J'utilise pour mes vacances :

- Un fauteuil

Manuel (1 seul fauteuil par personne possible)

Electrique

De façon permanente

Occasionnellement

Non je suis marchant

- Je voyage dans mon fauteuil

- Je peux voyager hors de mon fauteuil

Matériel :

- J'ai besoin d'un lève-personne / chariot-douche / lit médicalisé : remplir le recto de cette feuille.

- J'ai besoin d'un autre matériel que je souhaite amener avec moi si possible :

Vous devez nous contacter afin de vérifier la faisabilité du transport de ce matériel par nos soins. Si nous ne pouvons pas répondre favorablement, l'acheminement vers le lieu du séjour sera à votre charge. Choisissez aussi dans ce cas, si possible et si cela correspond bien sûr à votre choix de destination de vacances, un lieu proche afin que l'acheminement de votre matériel soit facilité.

o Détail : _____

o Dimension : _____



Association EPAL
 10 rue Nicéphore Niepce BP 40002
 29801 BREST CEDEX 9
 Tel : 02-98-41-84-09 Fax : 02-98-41-69-54
 Mail : denise.lelay@epal.asso.fr

CHATEAU DE LA
 ROCHE

C - Fiche Aménagement et Besoins

Nom du gîte : LE CHATEAU DE LA ROCHE
Adresse : CHEMIN DU CHATEAU DE LA ROCHE
Code Postal : 79140 **Ville :** CERIZAY
Téléphone fixe : 05/49/81/77/31 **Mail :** escale@cerizay.fr

	Le matériel est-il sur place ?	J'en ai besoin :
Lève-personne	Non (mais location possible à la pharmacie)	<input type="checkbox"/> Oui et mon établissement se charge de la location à la pharmacie <input type="checkbox"/> Non (pas de besoin)
chariot douche	Non, mais vous pouvez en déposer un sur place	<input type="checkbox"/> mon établissement se charge d'en avertir EPAL <input type="checkbox"/> Non (pas de besoin)
Lit médicalisé (nous vous demandons, s'il vous plaît, de ne procéder à une location de lit médicalisé que si la raison est impérative car médicale. Sinon, ne le faites pas : toutes les literies sont de bon confort par ailleurs)	Non (mais location possible à la pharmacie)	<input type="checkbox"/> Oui et mon établissement se charge de la location à la pharmacie <input type="checkbox"/> Non (pas de besoin)

En cas de location de verticalisateur en pharmacie, ne pas oublier de louer les sangles qui vont avec.

Accessibilité	En fauteuil roulant manuel	En fauteuil roulant électrique	Matériel disponible sur place*(détaillez)
L'accès à l'entrée	Oui	Oui	Siège douche Barre de maintien
L'accès aux lieux communs	Oui	Oui	
L'accès à la chambre	Oui	Oui	
L'accès à la salle de bain	Oui	Oui	
L'accès à la cuisine	Oui	Oui	
L'accès à l'extérieur	Oui	Oui	1 barre d'appui
Les WC	Oui	Oui	

* Exemple : barre de maintien, siège Gaillot, siège douche, Montauban...

Les Coordonnées médicales : (nom, adresse, téléphone)

Pharmacie : RUCHON (05 49 80 50 21) 13, avenue du général Marigny 79140 CERIZAY

REMY (05 49 80 58 12) 4, rue des genêts 79140 CERIZAY

Cabinet Infirmier : Maison médicale 8, rue du Chat Botté 79140 CERIZAY (BODIN / GATARD).05 49 65 02 76

Médecin Généraliste : Maison médicale 8, rue du Chat Botté 79140 CERIZAY GUINEBAUD..05 49 80 00 53 / PETROVICI 05 49 80 58 31

Kinésithérapeute : DESHAIES (05 49 80 13 57) 19, rue des Voûtes 79140 CERIZAY

PILOGE (05 49 80 56 74) 9, rue du 11 novembre 79140 CERIZAY

Hôpital le plus proche : Nord Deux Sèvres 05 49 68 49 68 4, impasse du Dr Ichon 79300 BRESSUIRE

Souhait pour les besoins spécifiques du vacancier

**Merci de nous ramener le recto / verso complété
45 jours avant le départ**

Nom : _____ Prénom : _____

Référence : _____ Dates de séjour : _____

J'utilise pour mes vacances :

- Un fauteuil

Manuel (1 seul fauteuil par personne possible)

Electrique

De façon permanente

Occasionnellement

Non je suis marchant

- Je voyage dans mon fauteuil

- Je peux voyager hors de mon fauteuil

Matériel :

- J'ai besoin d'un lève-personne / chariot-douche / lit médicalisé : remplir le recto de cette feuille.

- J'ai besoin d'un autre matériel que je souhaite amener avec moi si possible :

Vous devez nous contacter afin de vérifier la faisabilité du transport de ce matériel par nos soins. Si nous ne pouvons pas répondre favorablement, l'acheminement vers le lieu du séjour sera à votre charge. Choisissez aussi dans ce cas, si possible et si cela correspond bien sûr à votre choix de destination de vacances, un lieu proche afin que l'acheminement de votre matériel soit facilité.

o Détail : _____

o Dimension : _____

C - Fiche Aménagement et Besoins

Nom du gîte : Evasion Tonique
Adresse : 2, rue des Vergers
Code Postal : 25130 **Ville :** VILLERS LE LAC
Téléphone fixe : 03-81-68-02-89
Mail : clubevasion@wanadoo.fr

	Possibilité d'utilisation de matériel	J'en ai besoin :
Lève-personne	Oui (à la location)	
chariot douche	Non	
Lit médicalisé <small>(nous vous demandons, s'il vous plaît, de ne procéder à une location de lit médicalisé que si la raison est impérative car médicale. Sinon, ne le faites pas : toutes les literies sont de bon confort par ailleurs)</small>	Oui (à la location)	

- Une prise électrique à proximité des lits est nécessaire pour les lits médicalisés
- S'il n'y a pas de lit médicalisé, quelle est la hauteur des lits par rapport au sol : _____

Accessibilité	En fauteuil roulant manuel	En fauteuil roulant électrique	Matériel disponible sur place* (détaillez)
L'accès à l'entrée	Oui	Oui	
L'accès aux lieux communs	Oui	Oui	
L'accès à la chambre	Oui	Oui	
L'accès à la salle de bain	Oui	Oui	
L'accès à la cuisine	Non	Non	
L'accès à l'extérieur	Oui	Oui	
Les WC	Oui	Oui	

* Exemple : barre de maintien, siège Gaillot, siège douche, Montauban...

Les Coordonnées médicales : (nom, adresse, téléphone)

Pharmacie : Tournoux Laurent 6 r Pierre Bercot, 25130 Villers le Lac tél : 03 81 68 05 40
 Cabinet Infirmier : Cindy Charpy 5 r Pierre Bercot, 25130 Villers le Lac tel 06 80 56 07 30
 Médecin Généraliste : Cabinet médical 03-81-68-37-80
 Hôpital le plus proche : Pontarlier à 40 kms 03-81-38-54-54

Souhait pour les besoins spécifiques du vacancier

**Merci de nous ramener le recto / verso complété
45 jours avant le départ**

Nom : _____ Prénom : _____

Référence : _____ Dates de séjour : _____

J'utilise pour mes vacances :

- Un fauteuil

Manuel (1 seul fauteuil par personne possible)

Electrique

De façon permanente

Occasionnellement

Non je suis marchant

- Je voyage dans mon fauteuil

- Je peux voyager hors de mon fauteuil

Matériel :

- J'ai besoin d'un lève-personne / chariot-douche / lit médicalisé : remplir le recto de cette feuille.
- J'ai besoin d'un autre matériel que je souhaite amener avec moi si possible :
Vous devez nous contacter afin de vérifier la faisabilité du transport de ce matériel par nos soins. Si nous ne pouvons pas répondre favorablement, l'acheminement vers le lieu du séjour sera à votre charge. Choisissez aussi dans ce cas, si possible et si cela correspond bien sûr à votre choix de destination de vacances, un lieu proche afin que l'acheminement de votre matériel soit facilité.

o Détail : _____

o Dimension : _____