

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

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 (300 € 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 D'URGENCE DURANT LE SÉJOUR (24h/24) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal [][][][][] Ville : Tél. :

ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ PENDANT L'ANNÉE :

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 :

ou Ville de retour :

☐ 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 : Mail :

Le RELEVÉ DE FRAIS sera adressé à :

Qualité :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal [][][][][] Ville :

Tél : Mail :

LE PARTICIPANT EST SOUS :

Tutelle ☐ Curatelle ☐

Nom : Prénom :

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.

(*) Sous réserve d'acceptation par Epal.

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)

Physique ☐ dynamique ☐ fatigable ☐ très fatigable
 Peut marcher ☐ moins d'1h ☐ 1 heure ☐ plus d'1h
 Besoin de soutien lors des déplacements ☐ Oui ☐ Non
☐ Surveillance ☐ donner le bras
☐ uniquement sur terrain escarpé / escaliers
☐ autre :
☐ utilise canne / béquille / déambulateur (*entourer*)
 Peut monter/s'asseoir dans un minibus ☐ Seul ☐ avec aide ☐ Non
 Sait choisir une activité parmi plusieurs ☐ Oui ☐ Non
 Sait nager ☐ Oui ☐ Non
 Baignade autorisée ☐ Oui ☐ Non

Besoin d'un grand lit en raison d'un surpoids	☐ Oui	☐ Non
Se couche tôt (après le dîner)	☐ Oui	☐ Non
A des difficultés pour s'endormir	☐ Oui	☐ Non
Est sujet aux insomnies / angoisses	☐ Oui	☐ Non
Se lève la nuit	☐ Oui	☐ Non
A un lever difficile	☐ Oui	☐ Non
Fait la sieste	☐ Oui	☐ Non

Sait téléphoner	☐ Oui	☐ accompagné	☐ Non
Sait lire et écrire	☐ Oui	☐ accompagné	☐ Non
Communique par le langage	☐ Oui	☐ stimulé	☐ Non
Communique par le geste	☐ Oui	☐ stimulé	☐ Non

[illegible]

culturelles importantes à respecter ☐ Oui ☐ Non.....

[illegible]

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS PARA-MEDICAUX
ET DISTRIBUTION DU TRAITEMENT
A RETOURNER AVEC LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS EPAL**

Nom : _____ Prénom : _____ Ref. séjour : _____

Je soussigné, _____, certifie à l'organisateur, l'Association EPAL, que M. ou Mme : _____, n'a pas de contre-indication à participer au séjour de vacances retenu aux conditions présentées dans le catalogue et déclare avoir pris connaissance que les traitements médicaux (s'il y a lieu et dans le cas où le vacancier ne le gère pas seul) seront, durant la durée du séjour dans le cadre de la vie courante et au regard de la circulaire en date du 4 juin 1999, distribués par un membre de l'équipe d'animation à partir de semainiers, étiquetés au nom du vacancier (NOM, PRENOM et DATE de NAISSANCE) remplis et fournis en quantité suffisante pour la période concernée (1 par semaine de séjour). Cette distribution se fera selon un protocole et à l'aide d'outils (tableaux de contrôle) fournis par l'Association EPAL aux équipes d'animation.

PROTHESES ET ORTHESES

- | | | | |
|---|---|---|--|
| * Port de lunettes correctrices | ☐ en permanence | ☐ occasionnellement | ☐ non |
| * Port de lentilles | ☐ en permanence | ☐ occasionnellement | ☐ non |
| * Port d'une prothèse dentaire amovible | ☐ oui | ☐ non | |
| * Port d'une prothèse oculaire amovible | ☐ oui | ☐ non | |
| * Port d'une prothèse auditive | ☐ oui | ☐ non | |
| * Autre | ☐ membre artificiel | ☐ poche | ☐ chaussures orthopédiques |
- Détail : _____

Si soin spécifique, y adjoindre une note pour l'équipe d'animation : _____

SANTE

- * Déficience visuelle ☐ oui ☐ non (précisez : _____)
- * Déficience auditive ☐ oui ☐ non (précisez : _____)
- * Epileptique ☐ oui ☐ non détail : _____ (préciser si absences, circonstances déclenchantes, fréquence...)
- * Asthmatique ☐ oui ☐ non détail : _____
- * Sensibilité au soleil ☐ oui ☐ non (fournir une crème solaire adaptée) : _____

ALIMENTATION

- * Vigilance particulière : ☐ risque de fausse route ☐ problème de déglutition ☐ autre _____
- * Troubles alimentaires : ☐ boulimie ☐ anorexie ☐ autre _____
- * Régime : ☐ oui ☐ non détail : _____ (ordonnance originale en cours de validité obligatoire)
- * Aliments proscrits ☐ oui ☐ non détail : _____ (ordonnance originale en cours de validité obligatoire)
- * Allergie ☐ oui ☐ non détail : _____
- * Repas ☐ mixé ☐ mouliné ☐ émietté (ordonnance originale en cours de validité obligatoire)

AUTRES INDICATIONS RELATIVES A LA SANTE DEVANT ETRE PORTEES A CONNAISSANCE DE L'EQUIPE D'ENCADREMENT (contre indications...). Joignez, si vous l'estimez nécessaire et sous la forme qui vous convient (feuille annexe, pli fermé...), des indications complémentaires à destination de l'équipe du séjour ou aux professionnels du corps médical en cas de besoin.

Merci de fournir, selon l'Art-D344-5-8 du CASF, une fiche, à l'intention d'un médecin, présentant les informations médicales (Fiche Médicale de Liaison) relatives à la personne.

A _____, le _____, Nom et qualité de la personne signataire : _____

Signature :