

# 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 : .....

Ville de retour : .....

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 : ..... 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	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Se couche tôt (après le dîner)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
A des difficultés pour s'endormir	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est sujet aux insomnies / angoisses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Se lève la nuit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
A un lever difficile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fait la sieste	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Sait téléphoner	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> accompagné	<input type="checkbox"/> Non
Sait lire et écrire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> accompagné	<input type="checkbox"/> Non
Communique par le langage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> stimulé	<input type="checkbox"/> Non
Communique par le geste	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> stimulé	<input type="checkbox"/> Non

[illegible]

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

[illegible]

**B - AUTORISATIONS MEDICALES**

A l'intention des équipes d'animation  
A RAMENER AU PLUS VITE DES  
RECEPTION

**AVIS MEDICAL / AUTORISATION DE TRAITEMENT MEDICAL**

Je, soussigné, Docteur ..... :

informe l'organisateur du séjour de vacances, l'Association EPAL, que :

Mlle, M. : .....

Séjour choisi : .....

présente un état de santé en adéquation avec une participation au séjour envisagé.

Fiche valable au jour de la signature du dit document. En cas de modification de l'état de santé du vacancier, demander un nouveau formulaire.

et autorise un membre de l'équipe d'animation, compte tenu de la nature et du mode de prise des médicaments habituels, à donner ces médicaments préalablement préparés et mis en **pilulier** par une infirmière **(étiqueté au nom du vacancier (NOM, PRENOM et DATE de NAISSANCE et ordonnance en cours de validité à fournir).**

Pour les vacanciers de FAM ET MAS 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 .....

Signature du médecin référent

Dr