

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	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> stimulé	<input type="checkbox"/> Non
Sort seul après préparation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> nocturne	<input type="checkbox"/> Non
Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Peut rester seul sur le lieu de séjour	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Peut monter / descendre un escalier seul	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Utilise un fauteuil roulant occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

MÉDICAL

A un traitement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
S'en occupe seul	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'équipe s'en occupe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Utilise un moyen de contraception	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez :		
S'en occupe seul	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'équipe s'en occupe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nécessite des soins infirmiers*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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)

CAPACITÉS PHYSIQUES / ACTIVITÉS			ARGENT PERSONNEL		
Physique	<input type="checkbox"/> dynamique	<input type="checkbox"/> fatigable	<input type="checkbox"/> très fatigable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> accompagné
Peut marcher	<input type="checkbox"/> moins d'1h	<input type="checkbox"/> 1 heure	<input type="checkbox"/> plus d'1h	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
Besoin de soutien lors des déplacements	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Surveillance	<input type="checkbox"/> donner le bras				
<input type="checkbox"/> uniquement sur terrain escarpé / escaliers					
<input type="checkbox"/> autre :					
<input type="checkbox"/> utilise canne / béquille / déambulateur (<i>entourer</i>)					
Peut monter/s'asseoir dans un minibus	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> Non		
Sait choisir une activité parmi plusieurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Sait nager	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Baignade autorisée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
SOMMEIL					
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			
COMMUNICATION					
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		
ARGENT PERSONNEL			HABITUDES		
Gère son argent seul	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> accompagné	<input type="checkbox"/> Non		
Sait faire un achat simple seul	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> accompagné	<input type="checkbox"/> Non		
HABITUDES					
Tabac					
Fume habituellement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Nombre de cigarettes par jour :					
Commentaires éventuels :					
Alcool					
La consommation d'alcool est autorisée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
A l'habitude d'en consommer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Commentaires éventuels :					
RELATION AVEC L'AUTRE					
Avec l'encadrement	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> difficile			
Avec les autres en groupe	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> difficile			
En cas de difficultés à entrer en relation, indiquez vos recommandations :					

COMPORTEMENT : indiquez si ces états peuvent être déclenchés par des situations particulières ayant des conséquences sur les activités et vie quotidienne. Précisez les attitudes à adopter, les précautions, la vigilance.

Le vacancier est-il susceptible de :

S'alcooliser	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
“Fuguer”	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
Avoir un comportement agressif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
Avoir des actes de violence :					
- envers lui-même	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
- envers les autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
Le vacancier est-il sujet :					
Aux hallucinations	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
Aux phobies	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
Aux délires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
A l'errance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
A l'isolement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
Le vacancier a-t-il des habitudes culturelles importantes à respecter	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	

Y-a-t'il d'autres points, éléments, précautions, sur lesquels vous souhaitez insister ? (quant aux comportements, habitudes, crises, situations difficiles...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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