

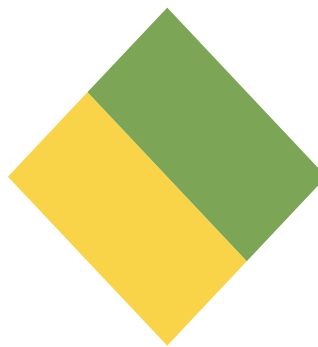


CENTRES DE LOISIRS BASSE NORMANDIE

11 Rue Jean Romain 14000 CAEN

02 31 86 66 00

clbn@orange.fr



Vacances Adaptées

DOSSIER

INSCRIPTION

Madame, Monsieur

Vous Trouverez ci-joint le dossier d'inscription pour un séjour de Vacances Adaptées à remplir et à nous retourner sous 15 jours, il comprend :

⇒ La fiche d'inscription à remplir et signer

(Joindre les copies de la carte d'identité, de l'attestation de droit CPAM, de la carte de mutuelle et de la carte d'invalidité du vacancier).

⇒ La fiche de renseignements complémentaires concernant les habitudes de vie du vacancier.

⇒ La fiche médicale

Pour valider la pré-inscription, il est obligatoire de remplir ce dossier et de nous le faire parvenir :

- Soit en les déposant à nos bureaux ou en les envoyant par courrier postal :
11 rue Jean Romain 14000 Caen
- Soit par mail : clbn@orange.fr

La réservation ne pourra devenir définitive qu'à réception de ce dossier et après relecture par notre coordinatrice, l'association se réserve le droit de refuser ou modifier l'inscription si l'autonomie du vacancier ne correspondait pas au type de séjour.

Un acompte est à verser au moment de l'inscription comprenant les 30% du montant du séjour, les 25€ d'adhésion annuelle et le montant de l'assurance si souscription.

La facture sera envoyée après réception et saisie du dossier et devra être soldée 30 jours avant le début du séjour.

Une convocation sera envoyée 15 jours avant le départ (accompagné du trousseau, du badge et des étiquettes bagages), à l'adresse précisée sur le dossier.

Nous restons bien évidemment à disposition pour tout complément d'informations.

L'équipe CLBN.



Centres de Loisirs Basse Normandie

11 rue Jean Romain 14000 Caen

Tel : 02 31 86 66 00 - Mail : Clbn@orange.fr

OBLIGATOIRE

Coller une
photo
d'identité
récente

FICHE D'INSCRIPTION VACANCES ADAPTEES

● **Séjour choisi** : Dates du/...../..... au/...../.....

● **Participant** :

Nom Prénom :

Né(e) le/...../..... Age : Nationalité : Sexe : F M

Adresse :

Code postal : Ville :

Etablissement fréquenté durant l'année :

Nom de la personne référente :

● **Autres renseignements** : (Personne s'occupant de l'inscription)

Nom : Prénom : Tél :/...../...../...../.....

● **Tutelle** :

Le participant est-il sous tutelle ? Oui Non Celle-ci est assurée par :

● **Convocation** :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél :/...../...../...../..... Mail :

● **Qui prévenir en cas d'urgence** : **OBLIGATOIRE**

Nom : Tél :/...../...../...../.....

Durant les week-ends, soirées et jours fériés :

Nom : Tél :/...../...../...../.....

● **Le voyage** : transport souhaité (voir les lieux de départs proposés dans le catalogue)

Lieu du départ : Lieu du retour :

Possibilité d'accueil à la gare SNCF de Caen, nous contacter pour plus d'information

Si transport en taxi ou ambulance, merci de nous transmettre les coordonnées

Nom : Tél :/...../...../...../.....

● **Facturation** :

Nom Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél :/...../...../...../..... Mail :

Envoi de la facture : Mail Courrier postal

● **Facture** :

Assurance : Annulation Multirisque

Prix du séjour €

Adhésion (par famille) €

Assurance choisie (option) €

Total : €

**A l'inscription versement
obligatoire de l'acompte de
30% du séjour, de l'adhésion
et de l'assurance si
souscription**

Je joins la somme de € reste dû : €

Le financement du séjour sera à régler 30 jours avant le départ

Je soussigné(e), M/Mme agissant en qualité de

⇒ Certifie avoir pris connaissance des conditions générales de ventes et particulières d'inscription de l'Association CLBN.

⇒ J'autorise la direction du Centre de Vacances à faire soigner le participant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales, en cas de nécessité. (Anesthésie comprise en cas de nécessité)

⇒ J'accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjour incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation.

⇒ J'autorise : Oui Non l'association à utiliser les photos du participant prises au cours du séjour pour la publication de la brochure et du site internet de l'Association.

Merci de joindre les photocopies :

Carte d'identité, attestation de droit CPAM, carte de Mutuelle et carte d'invalidité.

Fait à Le/...../.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Dans le cadre de la gestion de ses adhérents, l'association est amenée à collecter les données personnelles (ex : nom, prénom, adresses, numéro de téléphone...). Elles font l'objet d'un traitement dont les responsables sont Mme CAHARD Sandra, responsable administrative et financière, Mme MOULIN Isabelle, coordinatrice et Mme GIRRE Nathalie, assistante administrative.

Ces données personnelles ne seront traitées ou utilisées que dans la mesure où cela est nécessaire pour l'exécution du séjour ou répondre à une obligation légale et/ou réglementaire. Les informations personnelles de l'adhérent seront conservées aussi longtemps que nécessaire, à l'accomplissement par l'association de ses obligations légales et réglementaires et à l'exercice des prérogatives lui étant reconnues par la loi et la jurisprudence.

Pendant toute la durée de conservation des données personnelles, l'association met en place tous les moyens aptes à assurer leur confidentialité et leur sécurité, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

Les informations recueillies pourront éventuellement être communiquées à des tiers liés à l'association par contrat pour l'exécution de tâches sous-traitées. Ces tiers n'ont qu'un accès limité aux données et ont l'obligation de les utiliser en conformité avec les dispositions de la législation applicable en matière de protection des données personnelles.

Les destinataires des données sont intégralement situés au sein de l'union européenne.

Conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données vous concernant. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits, et vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en contactant Mme CAHARD Sandra, responsable administrative et financière. En cas de difficulté en lien avec la

gestion de ses données personnelles, vous pouvez contacter la Cnil (plus d'informations sur www.cnil.fr)



Nom et prénom du vacancier

Séjour :

Hygiène – Toilette :

- Sait aller aux WC seul aide ponctuelle non
- Fait sa toilette seul aide ponctuelle non
- Sait s'habiller seul aide ponctuelle non
- Sait changer ses vêtements seul aide ponctuelle non
- Sait reconnaître son trousseau seul aide ponctuelle non
- Sait se raser seul aide ponctuelle non
- Est énéurétique le jour oui non
- Est énéurétique la nuit oui non
- Est encoprétique oui non
- Porte des protections oui non
- A peur de la douche oui non

Repas – Alimentation :

- Sait se servir seul oui aide ponctuelle non
- Faut-il mixer ses aliments oui non
- Est-il sujet aux fausses routes oui non
- Suit un régime oui non
- Troubles alimentaires (boulimie, anorexie...) Oui non
- (Si oui joindre une note du protocole complet à mettre en place)
- A l'habitude de boire du café oui non
- A l'habitude de boire du thé oui non
- Peut-il prendre des repas en dehors du centre oui non
- Autres remarques sur son alimentation

Nuit – Sommeil :

- Se couche tôt oui non
- A peur de l'obscurité oui non
- A des insomnies oui non
- Se lève la nuit oui non
- A un lever difficile oui non
- Fait la sieste oui non

Communication :

- A des difficultés auditives oui non
- Sait lire oui non
- Sait écrire oui aide ponctuelle non
- A une déficience visuelle oui non
- Communique par langage verbal oui non
- Communique par geste oui non
- Autres moyens de communication
- Sait utiliser des outils technologiques oui non
- (Téléphone, internet, etc...) si oui lesquels

Motricité – sorties :

- Sort seul oui non
- Sort en petits groupes (sans animateur) oui non
- Sait demander son chemin oui non
- Est capable de rentrer à heures fixes oui non
- Peut se repérer dans les lieux nouveaux oui non
- Peut monter un escalier seul oui non
- Peut dormir sur un lit superposé oui non
- Se déplace en fauteuil roulant En permanence occasionnellement non
- Se déplace avec un déambulateur En permanence occasionnellement non
- Porte un appareillage spécifique oui non
- (Si oui lequel
- Peut-il sortir le soir oui non

FICHE COMPLEMENTAIRE

(Renseignements complémentaires strictement réservé à l'usage du responsable de séjour)

Activités – Loisirs :

- Peut choisir une activité parmi plusieurs oui non
- Sait nager oui non
- Sait faire du vélo oui non
- Pratique régulièrement un sport oui non
- Si oui lequel

Peut marcher moins d'1 heure 1 heure + 1 heure
Autres centres d'intérêts :

Argent personnel :

- Gère son argent seul aide ponctuelle non
- Sait faire un achat simple seul aide ponctuelle non

Comportement :

- Peut avoir des actes de violence :
 - Envers lui-même oui non
 - Envers les autres oui non
- Fait-il des crises d'angoisse oui non
- A tendance à s'automutiler oui non
- A tendance à s'isoler oui non
- A tendance à fuguer oui non
- A des troubles obsessionnels et compulsifs oui non
- A des manies oui non
- Si oui lesquelles

Sexualité :

- Vit en couple oui non
- Utilise un moyen de contraception oui non

Divers :

- Fume habituellement oui non
- Si oui quantité quotidienne
- Peut consommer des boissons alcoolisées oui non
- A un objet fétiche oui non
- Si oui lequel.....

NOTE DE SYNTHESE (indiquer ci-après quelques renseignements que vous jugez utiles de nous communiquer quant au comportement du vacancier et quant à ses habitudes de vie) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom et qualité de la personne ayant rempli cette fiche :
.....
.....
.....



SEJOUR CHOISI : DATES : .../.../... AU .../.../...

Information Vacancier :

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

N° Sécurité sociale :
.....

Caisse affiliation et adresse :
.....

Mutuelle :
.....

(Ne pas oublier de joindre une copie de l'attestation de droit CPAM et de la carte de mutuelle).

Déficience / Handicap :

Moteur Sensoriel Mental Cognitif Psychique Polyhandicap

Pathologie(s) associée(s).....

Traitement :

Le vacancier a-t-il un traitement ? Oui Non

Prend son traitement seul ? Oui Non

Traitement	Nature des affections	Matin	Midi	Soir

La totalité du traitement est à fournir dans les piluliers hermétiques et nominatifs pour la durée du séjour. Ne pas oublier de joindre l'ordonnance correspondante en cours de validité.
En cas de médicaments sous forme buvable, merci de nous les fournir en unidoses ou sous une autre forme.

FICHE MEDICALE SEJOUR

VACANCES ADAPTEES

Le vacancier a-t-il des allergies médicamenteuses ? Oui Non

Si oui lesquelles

Le vacancier a-t-il des allergies alimentaires ? Oui Non

Si oui lesquelles

Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée Oui Non

Epilepsie : Stabilisée Occasionnelle Fréquente Non

Asthme : Stabilisé Occasionnelle Fréquente Non

Soins infirmiers à faire réaliser pendant le séjour Oui Non

Si oui nature des soins

Dates précises des soins

Injection pendant le séjour Oui Non

Si oui date précise

Le vacancier porte-t-il des lunettes ? Oui Non

Porte des lentilles ? Oui Non

Les vaccinations obligatoires sont-elles à jour ? Oui Non

Hépatite A : Oui Non - Date du dernier rappel

Hépatite B : Oui Non - Date du dernier rappel

Tétanos : Oui Non - Date du dernier rappel

Grippe : Oui Non - Date du dernier rappel

Y'a-t-il une contre-indication médicale à la pratique d'activités sportives ? Oui Non

Si oui laquelle

Y'a-t-il une contre-indication à la baignade ? Oui Non

Groupe sanguin :

Autres recommandations médicales ou sanitaires :

.....
.....
.....
.....

Médecin traitant :

Nom et Prénom :

Adresse :

Tél : .../.../.../.../...

Est-il joignable durant le séjour ? Oui Non

Important : 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 relatives à la personne.

Nom et qualité de la personne ayant rempli la fiche

Le .../.../.... Signature :