



CAP VACANCES NORD - FICHE D'INSCRIPTION

OBLIGATOIRE
COLLEZ ICI
VOTRE PHOTO

LIEU DU SÉJOUR :

DATES :

NOM : **PRENOM**

F : M : Né(e) le / /

Adresse

Tel portable du vacancier :

Etablissement fréquenté : Famille Appartement Foyer

Sécurité Sociale : Nom et Prénom de l'assuré

N° SS Caisse.....

ASSURANCE ANNULATION PERSONNELLE : oui : non : (Merci de joindre le justificatif)

Si non, souhaitez vous contracter l'**ASSURANCE ANNULATION MAIF / CAP VACANCES NORD** ?

(Le tarif correspond à 3,27 % du prix du séjour) oui : non :

| | Nom et Prénom | Adresse | CP et Ville | Tél /mail |
|---|---------------|---------|-------------|-----------|
| Personne joignable pendant la durée du séjour | | | | |
| Adresse pour la convocation | | | | |
| Tuteur/ Curateur (Entourer la fonction) | | | | |
| Personne à prévenir en cas d'urgence | | | | |
| Médecin traitant | | | | |

Autorisation du Représentant légal et du Vacancier

Je soussigné agissant en qualité de reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de l'association mentionnées sur le site internet www.cap-vacances.com

J'autorise le responsable du séjour, après consultation d'un médecin et en cas d'urgence à faire soigner, hospitaliser et faire pratiquer des interventions chirurgicales nécessaire.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux ou pharmaceutiques qui seraient engagés par l'association, sur présentation des justificatifs.

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, j'autorise l'Association à publier des photographies prises dans le cadre du séjour. Ces images serviront uniquement à illustrer la page Facebook, le site internet ou la brochure de l'association. L'association s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les photographies pour toute autre exploitation préjudiciable.

A, le..... / /

Signature Représentant :

Signature du Majeur :



CAP VACANCES NORD - FICHE D'INSCRIPTION

NOM : **PRENOM**

DOSSIER MEDICAL ET CONFIDENTIEL

A renvoyer avec le dossier d'inscription - A faire remplir par un Médecin

Date de naissance :/...../..... poids :Kg Taille :Cm

Pathologie et Description du handicap :

.....
.....

Etat de santé général :

.....
.....

Trouble cardiaque : oui / non si oui, précisez :

Trouble pulmonaire : oui / non si oui, précisez :

Trouble digestif : oui / non si oui, précisez :

Trouble de la marche : oui / non si oui, précisez :

Trouble de la vue : oui / non si oui, précisez :

Trouble de l'ouïe : oui / non si oui, précisez :

Trouble de la parole : oui / non si oui, précisez :

Trouble du caractère : oui / non si oui, précisez :

Enurésie : oui / non si oui, précisez : (diurne, nocturne) :

Encoprésie : oui / non si oui, précisez : (diurne, nocturne) :

Ethylisme : oui / non si oui, précisez :

Asthme : oui / non si oui, précisez :

Epileptique : oui / non si oui, précisez la fréquence

Régime alimentaire : oui / non si oui, précisez :

Vaccins à jour (joindre l'état des vaccins): oui / non si non, précisez :

.....

Le vacancier est-il fumeur : oui / non si oui, précisez la fréquence.....

Baignade autorisée (si possibilité) : oui / non si oui, joindre une attestation médicale

Je soussigné.....agissant en qualité de

A, le ... / / Signature (obligatoire) :



CAP VACANCES NORD - FICHE D'INSCRIPTION

NOM : **PRENOM**

TRAITEMENT MEDICAL

Coordonnées du Médecin traitant :

Nom : Prénom :

Adresse
.....

Téléphone :

Le vacancier aura-t-il des soins infirmiers pendant le séjour ? oui / non

si oui, précisez :

le vacancier aura-t-il un traitement médical pendant le séjour ? oui / non

le vacancier gère t-il seul son traitement ? oui / non

Précisez le traitement en cours. (Joindre dans tous les cas l'ordonnance avant le départ)

| Traitement | Matin | Midi | Soir | Coucher |
|------------|-------|------|------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Allergie médicamenteuse
.....

ATTENTION : avant le départ joindre toutes ordonnances liées aux modifications de traitement. Préparer dans des piluliers deux semaines de traitements + deux jours de traitement pour le voyage 'aller' et deux jours pour le voyage 'retour' (le but étant de pallier au manque de médicaments en cas de difficultés).

Je soussigné.....**agissant en qualité de**

A, le / / **Signature (obligatoire)**



CAP VACANCES NORD - FICHE D'INSCRIPTION

NOM : **PRENOM**

FICHE DE PRECONISATION ERGOTHERAPEUTE (si besoin)

Modèle du fauteuil utilisé : Manuel Electrique Incluable / Dimension du fauteuil.....

PRECONISATIONS SPECIFIQUES

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

Nom de l'Ergothérapeute :
Organisme :
Téléphone :
Mail :

FICHE DE PRECONISATION KINESITHERAPEUTE (si besoin)

PRECONISATIONS SPECIFIQUES

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

Nom du Kinésithérapeute :
Organisme :
Téléphone :
Mail :

Je soussigné.....agissant en qualité de

A, le... / / Signature (obligatoire) :



CAP VACANCES NORD - FICHE D'INSCRIPTION

NOM : **PRENOM**

AUTONOMIE ET CONNAISSANCES DU VACANCIER

(cette évaluation permettra à CAP VACANCES d'établir des groupes homogènes)

| PSYCHIQUE | PHYSIQUE |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">A Grande autonomie</p> <p>Personne autonome dans tous les actes de la vie quotidienne (habillement, toilette, repas...). Personne sociable et dynamique, ne nécessitant qu'une présence discrète de l'encadrement.</p> | <p style="text-align: center;">1 Pas de problème moteur</p> <p>Personne n'ayant aucune difficulté physique particulière et capable de participer à l'ensemble des activités proposées.</p> |
| <p style="text-align: center;">B Moyenne Autonomie</p> <p>La personne a besoin d'un soutien et une stimulation pour les actes de la vie quotidienne (habillement, toilette, repas...). Un accompagnement actif dans différents domaines (prise en charge des médicaments, argent de poche, activités...) est nécessaire.</p> | <p style="text-align: center;">2 Pas de problème moteur mais fatigable</p> <p>Personne se déplaçant sans difficultés lors de petites promenades, n'ayant aucun handicap physique majeur mais présentant quelques problèmes d'adresse et de coordination.</p> |
| <p style="text-align: center;">C Petite autonomie</p> <p>La personne a besoin d'une aide effective dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillement, repas, activités, communication...). Un encadrement constant est nécessaire.</p> | <p style="text-align: center;">3 Problèmes moteurs</p> <p>La personne a besoin d'un appareillage particulier (fauteuil...) ou l'aide d'un tiers au cours de déplacement.</p> |

➤ **Entourer la lettre et le chiffre correspondant à l'autonomie du vacancier**

RAPPORT CONFIDENTIEL (attitude, comportement, sociabilité...)

Merci de joindre à cette fiche tout autre document pertinent à l'accompagnement du majeur

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné.....agissant en qualité de

A, le ... / / **Signature (obligatoire) :**