

# Dossier du Vacancier

## Séjour Adapté LesPEP64

### SÉJOUR

Nom du séjour : ..... Lieu : ..... Dates du ...../...../..... au ...../...../.....  
 Départ de PAU       Départ de BAYONNE       Départ d'ORTHEZ       RDV sur place  
 Très bonne autonomie     Bonne autonomie       Moyenne autonomie

### IDENTITÉ DU VACANCIER

Nom et prénom du vacancier : .....  
 Lieu de résidence habituelle :  Foyer       Appartement       Parents       MAS  
 Hôpital       Famille d'accueil       Autre : .....  
 Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....  
 Tél. : ..... Courriel : .....

### MODALITÉS D'INSCRIPTION

Nom et prénom du responsable de l'inscription : .....

#### 1- Convocation : à envoyer à l'adresse suivante

Nom et prénom : .....  
 Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....  
 Tél. : ..... Courriel : .....

#### 2- Facturation : à établir à l'ordre de

Nom et prénom de la personne à mentionner sur la facture : .....  
 Nom de l'organisme ou adresse personnelle: .....  
 Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....  
 Tél. : ..... Courriel : .....

#### 3- Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom : .....  
 Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....  
 Tél. : ..... Courriel : .....

#### 4- Personne accompagnatrice :

a) A l'aller :  Mme  Mr ..... Tél. : .....  
 b) Au retour :  Mme  Mr ..... Tél. : .....

#### 5- Pièces à joindre au dossier (obligatoire) :

- Photocopie de la carte d'invalidité
- Photocopie de la carte Vitale ou de la CMU
- Photocopie carte identité
- L'autorisation de sortie du territoire (pour le séjour « Evasion en terre Basque » ALDUDES)
- L'autorisation d'hospitalisation (ci-jointe)

Ces documents dispensent de l'avance des frais en cas d'hospitalisation

## AUTORISATION DU TUTEUR LÉGAL

Je soussigné.e, ----- , agissant en qualité de -----  
Déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente sur le site internet [www.sejours.pep64.org](http://www.sejours.pep64.org)

Le vacancier ou représentant légal déclare qu'il n'y a pas d'interdiction médicale à emprunter nos transports et suivre les activités proposées dans la description du séjour.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par l'association.

Certifié exact, lu et approuvé à ----- , le -----

Signature obligatoire :

Je ne souhaite pas que M. ou Mme ----- soit pris(e) en photo pour les publicités.

**Chaque dossier sera contrôlé avant le séjour.**

**Il se peut que nous refusions un dossier si son autonomie ne correspond pas avec celui du séjour.**

**Toute inscription ne sera retenue qu'accompagnée d'un acompte de 30% du montant du séjour à joindre à : LesPEP64 – 9, rue de l'Abbé Grégoire – 64140 BILLERE, par chèque, espèce ou virement.**

**Cet acompte sera déduit du coût du séjour.**

**Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum 1 mois avant le départ.**

# Renseignements obligatoires

## Préalables à la préparation du séjour

Photo  
d'identité  
obligatoire

### LE VACANCIER

Nom et prénom du vacancier : .....

Date de naissance : .../.../...

Usager LesPEP64      Oui  Non  Etablissement .....

En couple sur ce séjour Oui  Non  Si oui avec : .....

Nature du handicap : ..... Travailleur en ESAT      Oui  Non

Nom et prénom du tuteur : .....

Tél. : ..... Courriel : .....

### AUTONOMIE

Très bonne autonomie    Bonne autonomie    Moyenne autonomie

### APTITUDES - COMMUNIQUER

	OUI	AVEC CORRECTIONS	NON
Voit			
Entend			
	OUI	UN PEU	PAS DU TOUT
Communique avec le langage verbal			
Utilisation d'une langue gestuelle (LSF, etc.)			
Utilisation d'une langue gestuelle tactile			
Communique par des attitudes, un gestuel ou objet à valeur de communication			
Communique par des pictogrammes, dessins, photos			
Communique par des cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée			
Aphasie			
Logorrhées / itérations			
	SEUL	AVEC UNE AIDE	NON
Ecriture			
Lecture			
Lecture labiale			
Dessin			
Utilisation du téléphone			
Utilisation d'internet			
Utilisation de logiciels adaptés			
Utilisation d'une tablette alphabétique ou d'une tablette			
Utilisation d'outils très simplifiés ou adaptés			

Informations complémentaires utiles : .....

## COMPORTEMENT ET HABITUDES DE VIE

	OUI	NON
La personne vit elle en couple ?		
Le conjoint est-il inscrit sur le même séjour ?		
Sens social avec une personne connue		
Sens social avec une personne inconnue		
Objet fétiche		
Rituels		
Goûts particuliers		
Tendance à fuguer		
Cleptomanie		
Troubles de la mémoire		
Troubles de l'orientation		
Délires		
Hallucinations		
Phobies		
Crises d'angoisse		
Agressivité		
Autostimulation		
Mise en danger de soi (refus de soins, etc.)		
Comportements exhibitionnistes		
Troubles obsessionnels et compulsifs		
Tendance au retrait		
Consommation de boissons alcooliques		
Consommation de tabac		

Informations complémentaires utiles : .....

## TOILETTES et HYGIENE PERSONNELLE

	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Fait sa toilette			
Se brosse les dents			
Se rase			
Se coiffe			
S'habille			
Change ses vêtements			
Change ses sous-vêtements			
Reconnait ses vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			
	OUI	NON	Autres précisions
Hypersialorrhée			
Est énurésique le jour			
Est énurésique la nuit			
Est encopétrique le jour			
Est encopétrique la nuit			
A peur du bain			
A peur de la douche			

Informations complémentaires utiles : .....

## NUIT, SOMMEIL, LEVER, COUCHER

	OUI	NON
Se couche tôt (horaire)		
A peur de l'obscurité		
A des difficultés à s'endormir		
Se réveille la nuit		
A des angoisses nocturnes		
A des insomnies		
A un lever difficile		
Se lève tôt (horaire)		
Fait la sieste		

Informations complémentaires utiles : .....

## ALIMENTATION

	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Mange			
Boit			
	OUI	NON	Autres précisions
Faut-il mixer les aliments			
Risque de fausse route			
Trouble alimentaire : boulimie, anorexie, etc.			

Régime alimentaire :

- Ne mange pas de porc  
 Végétarien  
 Allergie alimentaire

Autre : .....

## SANTE (joindre la fiche médicale ci jointe et originaux des ordonnances utiles)

Gestion et suivi du traitement médical :

- Autonome       Assistance       Aide totale

	En permanence	Occasionnellement	Non
Se déplace en fauteuil			
Utilise une canne d'aide à la marche			
Utilise une canne blanche			
Port de lunettes correctrices			
Port de lunettes de protection			
Port de lentilles			

	OUI	NON
Port de prothèse dentaire amovible		
Port de prothèse auditive		
Port de chaussures orthopédiques		

## GESTION ARGENT DE POCHE

Gère son argent de poche :  Autonome  Avec une aide  Non

Réalise un achat simple :  Autonome  Avec une aide  Non

## SORTIES ET DEPLACEMENTS

	OUI	NON	AVEC UNE PREPARATION
Se repère dans l'espace			
Se repère dans le temps			
Mémorise un lieu à atteindre			
Mémorise un trajet			
S'adapte à de nouveaux lieux			
Supporte les lieux en public			
Lit l'heure			
Lit les panneaux indicateurs			
Sait demander son chemin			
Sait rentrer à heure fixe			
Sait traverser la chaussée sans danger			
Sort seul sans accompagnement			
Sort en petit groupe sans accompagnement			

## ACTIVITES PHYSIQUES et SPORTIVES

	OUI	NON
Sait faire un choix parmi plusieurs activités		
Pratique régulière d'une activité sportive		
Pratique régulière d'une activité de loisirs		
Fatigabilité (préciser)		
Peut soutenir son attention de manière prolongée		
Sait nager		
A déjà dormi sous tente, caravane, ...		
Peut prendre les repas en dehors du lieu habituel de séjour		
Contre-indication à sortir le soir		



# FICHE SANITAIRE RELATIVE AU TRAITEMENT MEDICAL

*Document strictement confidentiel*

**NOM, PRENOM :** .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Date et lieu de naissance : .....

Adresse du lieu de résidence habituel : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Caisse d'affiliation : .....

Séjour choisi et date : .....

Nom, Prénom, adresse et numéro de téléphone du représentant légal ou personne la plus proche à joindre en cas de nécessité : .....

Nom, Prénom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant : .....

Est-il joignable durant le séjour ?  oui  non

Si le médecin n'est pas joignable durant le séjour, nom, prénom et numéro de téléphone du médecin joignable durant le séjour : .....

**DEFICIENCE / HANDICAP :**

Moteur  Sensoriel  Mental  Cognitif  Psychique  Polyhandicap

Pathologie(s) associée(s) : .....

**PRESCRIPTION MEDICALE EN COURS** (joindre l'ordonnance) :

Prise de médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher
Médicament 1 :				
Doses prescrites :				
Médicament 2 :				
Doses prescrites :				
Médicament 3 :				
Doses prescrites :				
Médicament 4 :				
Doses prescrites :				
Médicament 5 :				
Doses prescrites :				

Autres soins :

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

Le vacancier gère-t-il son traitement :  oui     avec une aide     non

---

**VACCINS A JOUR :**

	Oui	Non	Dates derniers rappels
Hépatite A			
Hépatite B			
Tétanos			
Grippe			
Autres			

Allergies connues (aux aliments, aux médicaments, etc.) :

.....  
.....

Asthmatique :  oui, dernière crise : .....     non

Epileptique :  oui, dernière crise : .....     non

**CONTRE-INDICATIONS :**

Baignade :             oui         non

Activités nautiques :  oui         non

Activités sportives :  oui         non

Préciser : .....

L'altitude est-elle déconseillée ?             oui         non

Une activité soutenue est-elle déconseillée ?  oui         non

Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée ?  oui         non

---

**POUR LES VACANCIERES :**

Si prise de contraceptif, merci de préciser lequel (médicament ou autre) : .....

La vacancière gère-t-elle sur sa contraception ou prise de médicament ? :  oui         non

Date des dernières règles : .....

Les règles sont-elles :  douloureuses             abondantes

Aménorrhées :     oui         non

Dysménorrhées :  oui         non

Le vacancier fume-t-il des produits du tabac ?       oui     non  
Le vacancier consomme-t-il des produits alcooliques ?  oui     non  
A- t-il des problématiques d'alcool ?                       oui     non

Autres recommandations médicales ou sanitaires : .....  
.....  
.....

Date, Lieu et signatures :

Vacancier

Représentant légal

**AUTORISATION D'HOSPITALISATION ou INTERVENTION CHIRURGICALE**

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE :**

Nous, soussignés (le vacancier lui-même et/ou son représentant légal) .....

Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie sur la personne.

Fait à ....., le .....

Signature du vacancier :

Signature du représentant légal :