

DOSSIER D'INSCRIPTION GROUPE HANDIVAO

PARTIE 1 : INFORMATIONS SUR LE SEJOUR ET DEPART

IDENTITE DU VACANCIER

Prénom : _____ Nom : _____
 Date de naissance : _____ Age : _____
 Sexe : F M

Téléphone : _____
 Etablissement / Foyer : _____
 Adresse complète de prise en charge : _____

Photo d'identité

Obligatoire

Le vacancier est-il déjà parti avec Handivao/Behandi : oui non
 Est déjà parti en séjour de groupe ? : oui non
 Handicap : psychique moteur polyhandicap autres : _____

Séjour choisi et dates : _____

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION

Prénom : Nom :
 Adresse complète :
 Téléphone : Mail :

RESPONSABLE LEGAL

Prénom : Nom :
 Adresse complète :
 Téléphone : Mail :

FACTURATION

Envoi de la facture : Responsable de l'inscription Responsable légal Autre*
 *Si autre personne : Prénom : Nom :
 Adresse de facturation :
 Téléphone : Mail :

CONVOCATION AU SEJOUR

Envoi de la convocation par : mail courrier
 Envoi de la convocation au : Vacancier Responsable inscription Autre*
 *Si autre personne : Prénom : Nom :
 Mail :
 Adresse complète :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Responsable inscription Responsable légal Autre personne*
 *Si autre personne :
 Prénom : Nom :
 Téléphone : Mail :

PARTIE 2 : LA VIE QUOTIDIENNE

LA TOILETTE

	Seul(e)	Stimulation	Aide totale
▪ Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Prend sa douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Se rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Se coiffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Reconnaît ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▪ Poche de stomie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
▪ Etui pénien ou vulvaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

	Jour	Nuit	Non
Enurésies *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, fréquence des changes :			
Si oui, le/la vacancier/ère a besoin d'une aide pour se changer :			
Encoprésies*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, fréquence des changes :			
Si oui, le/la vacancier/ère a besoin d'une aide pour se changer :			

*Protections à fournir en quantités adaptées pour le vacancier

Merci de nous fournir toutes informations complémentaires quant aux habitudes de toilette :

ALIMENTATION

	Seul(e)	Stimulation	Aide totale
▪ Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Présentation des aliments normaux hachés mixés lisses

	Oui	Non
▪ Utilise du gélifiant*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Risque de fausses routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Couverts adaptés*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* à fournir en quantités adaptés pour le vacancier

Régime alimentaire :

Addictions alimentaires :

Troubles alimentaires :

Allergies :

Merci de nous fournir toutes informations complémentaires quant aux habitudes d'alimentation :

RYTHME ET REPOS

	Oui	Non
Sommeil agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peurs/ angoisses nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		
Se lève la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin d'une surveillance nocturne*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quel type (retournement, changement de position, fréquences):		

*merci de noter qu'il n'y a pas de veilleurs de nuit dans les séjours Handivao

Heure habituelle du coucher :

Heure habituelle du lever :

Informations complémentaires :

COMMUNICATION

Compréhension	simple <input type="checkbox"/>	moyenne <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
Mode de communication	langage verbal <input type="checkbox"/>	geste <input type="checkbox"/>	cris <input type="checkbox"/> ne parle pas <input type="checkbox"/>
Ecrit	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec de l'aide <input type="checkbox"/>
Lit	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec de l'aide <input type="checkbox"/>
Possède un téléphone portable	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Informations complémentaires :			

RELATION

	Oui	Non
Sociable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'isole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, envers qui (encadrants, vacanciers, autres)		
Préconisations pour éviter/gérer ce type de difficultés ?		

En couple sur le séjour avec :

Partage la même chambre* :

Partage le même lit* :

*merci de fournir une autorisation

DEPLACEMENTS

	Oui	Non	
Se repère dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se repère dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatigable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marche	- de 30 minutes <input type="checkbox"/>	de 30 minutes à 1h <input type="checkbox"/>	+ de 1 heure <input type="checkbox"/>
Merci de préciser (distance, rythme, combien de mètres/km par heure) :			
Peut monter un escalier	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec de l'aide <input type="checkbox"/>
Se déplace en intérieur avec	Pas de matériel <input type="checkbox"/>	fauteuil <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/>	déambulateur <input type="checkbox"/>
Se déplace en extérieur avec	Pas de matériel <input type="checkbox"/>	fauteuil <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/>	déambulateur <input type="checkbox"/>

Pour les personnes en fauteuil :

Utilisation du fauteuil :	Oui	Non
Occasionnellement pour les sorties longues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En permanence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appui plantaire (pour les transferts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer avec de l'aide dans un véhicule classique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mesures du fauteuil en cm (obligatoire) :

Déplié Largeur : Hauteur : Profondeur : Poids :

Déplié Hauteur globale (passager + fauteuil) :

Je manœuvre seul(e) mon fauteuil manuel :

A l'intérieur : Oui Non

A l'extérieur : Oui Non

Je manœuvre seul(e) mon fauteuil électrique :

A l'intérieur : Oui Non

A l'extérieur : Oui Non

SORTIES

	Oui	Non
Peut sortir seul(e) sans accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est capable de rentrer à une heure fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES ACTIVITES

	Oui	Non
▪ Sait nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Peut se baigner avec surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Sait choisir parmi plusieurs activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Centre d'intérêt :

Activités pratiquées :

Activités interdites :

LE COMPORTEMENT

	Oui	Non
▪ Objet personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :		
▪ Rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :		
▪ Potomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Peur de la foule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Crise d'angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ S'isole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Fabulations, délires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Trouble de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :		
▪ Mise en danger de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :		
▪ Automutilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|--|----------------------------------|---|
| ▪ Tendance à fuguer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, date de la dernière fugue : | | |
| ▪ Tentative de suicide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, date de la dernière tentative : | | |
| ▪ Comportement exhibitionniste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Troubles sexuels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|
 | | |
| ▪ Fumeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, à quelle fréquence, peut-il/elle gérer seul(e) ? | | |
| ▪ Peut consommer de l'alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, à quelle fréquence, peut-il/elle gérer seul(e) ? | | |
|
 | | |
| ▪ Gère son argent : | seul(e) <input type="checkbox"/> | avec de l'aide <input type="checkbox"/> |

S'il y a des troubles du comportement, quelles solutions mettre en place afin d'éviter ou gérer les différentes situations ?

Partie 3 : Santé

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Traitement médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Prend son traitement seul(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Vaccination COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Préciser le vaccin : | | |
| ▪ Besoin d'une IDE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, merci de préciser pour quels soins et quelle fréquence ? | | |
|
 | | |
| ▪ Hyper-salivation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Cardiaque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Diabétique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Asthmatique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, est-elle stabilisée ? | | |
| Si oui, date de la dernière crise ? | | |
| ▪ Déficience visuelle | | |
| Non voyant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mal voyant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Déficience auditive | | |
| Sourd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Malentendant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Port d'appareillage : | | |
| Poids : kg | Taille : m | |

Partie 4 : Habitudes de vie

Éléments complémentaires (pédagogie, attitudes, à éviter ...) :

Vie quotidienne (recommandations médicales, toilettes, habitudes...)

Comportement (relation des inconnus, encadrants, autres vacanciers, participations aux activités...)

Partie 5 : Matériel médical avec ordonnance à fournir

Pour la prise en charge par l'assurance maladie, le vacancier devra fournir à Handivao : attestation CPAM, carte de mutuelle et ordonnance mentionnant « location/achat du matériel requis aux dates de séjours + installation » au plus tard 1 mois avant le départ.

Le/la vacancier-ière a besoin :

	Oui	Non
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec barrières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, à droite, à gauche, les deux ?		
Avec potence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, à droite ou à gauche ?		
Matelas à air*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Conçu en prévention des escarres		
Lève personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaise de douche*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A roulette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accoudoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Les chaises de douche sont à l'achat et prise en charge une fois par an.		
Sangles*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Le vacancier devra apporter ses propres sangles.		

Autres, préciser :

Merci d'indiquer le prénom, nom, la date et la signature de la personne ayant rempli le dossier avec la mention certifié exact

LE DOSSIER D'INSCRIPTION A ÉTÉ REVU SELON LA NOUVELLE INSTRUCTION VAO N°DGCS/SD3B/2015/233 DU 10/07/2015. Nous remercions les personnes habilitées de bien vouloir **dater et signer** (avec la mention : **certifié exact**).