

# Dossier d'inscription

Le dossier qui suit doit impérativement nous être renvoyé dès confirmation de disponibilité par **Oxygène Vacances Adaptées** et doit comporter les documents suivants :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dossier d'inscription comprenant les fiches 1. 2. 3. 4 | <input type="checkbox"/> Photocopie de la prescription médicale si besoin de l'intervention d'un professionnel de santé       |
| <input type="checkbox"/> Fiche du responsable légal signée (fiche 5)            | <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte d'invalidité  |
| <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte d'identité                      | <input type="checkbox"/> Règlement par chèque ou virement de l'acompte de 500€ + les assurances annulation et/ou interruption |
| <input type="checkbox"/> Photocopie de l'attestation de sécurité sociale        |   |
| <input type="checkbox"/> Photocopie de l'ordonnance du traitement médical       |   |

## INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Séjour choisi : ..... Dates:.....

Nom : ..... Prénom:.....

Autonomie :  A1  A2  B1  B2  C1  C2 (voir grille page 4 du catalogue ou sur www.oxygene-va.com)

Date de naissance : .....

Lieu de résidence :  F.H.  F.V.  FAM  Appartement  Parents  Autres : .....

Travailleur en E.S.A.T :  Oui  Non

En couple sur le séjour avec : .....

COLLER ICI  
LA PHOTO D'IDENTITÉ  
OBLIGATOIRE  
  
NE PAS AGRAFER !

## CONTACTS

	NOM / PRÉNOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE/FAX	EMAIL
Envoi des convocations				
Envoi de la facture				
Personne à prévenir en cas d'urgence durant le séjour				

## ASSURANCES

Je désire souscrire à l'assurance Annulation (+3,5% du prix du séjour) :  Oui  Non

Je désire souscrire à l'assurance Interruption (+1,5% du prix du séjour) :  Oui  Non

## ORGANISATION DES DÉPARTS ET RETOURS (voir détails page 6 et 7 du catalogue ou sur www.oxygene-va.com)

**Option 1 :** Pré-acheminement à partir de votre établissement :  Aller  Retour

Conditions:

Foyers de la PÉRIPHÉRIE DE NANCY : à partir de 2 personnes inscrites **pour les mêmes dates de séjour.**

Foyers à moins de 1H de NANCY : à partir de 5 personnes inscrites **pour les mêmes dates de séjour.**

Foyers à plus de 1H30 de NANCY : à partir de 10 personnes inscrites **pour les mêmes dates de séjour.**

**Option 2 :** Pré-acheminement à partir d'une des villes de regroupement (voir p.9).

Ville aller: .....

Ville retour: .....

**Option 3 :** Rendez-vous à NANCY :  Aller  Retour

**Option 4 :** Rendez-vous à la gare de NANCY pour les personnes arrivant en train par leurs propres moyens.

# Dossier d'inscription

## A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

**NOM ET PRÉNOM DU VACANCIER :** .....

**SÉJOUR :** .....

## AUTONOMIE AU QUOTIDIEN

### TOILETTE ET HYGIENE :

- |                                   |   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|---|
| Se lave seul(e)                   | <input type="checkbox"/> Oui                              | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante              |
| Se brosse les dents seul(e)       | <input type="checkbox"/> Oui                              | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante              |
| Porte un appareil dentaire        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si Oui, le nettoie seul(e)                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Se rase seul                      | <input type="checkbox"/> Oui                              | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante              |
| Se coiffe seul(e)                 | <input type="checkbox"/> Oui                              | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante              |
| Change ses vêtements seul(e)      | <input type="checkbox"/> Oui                              | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante              |
| Change ses sous-vêtements seul(e) | <input type="checkbox"/> Oui                              | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante              |
| Va aux toilettes seul(e)          | <input type="checkbox"/> Oui                              | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante              |
| Enurétique :                      | <input type="checkbox"/> Non                              | <input type="checkbox"/> De jour              | <input type="checkbox"/> De nuit                          |
| Encoprétique :                    | <input type="checkbox"/> Non                              | <input type="checkbox"/> De jour              | <input type="checkbox"/> De nuit                          |

Informations complémentaires : .....

.....

.....

.....

### ALIMENTATION :

- |                            |  |   |  |
|----------------------------|--|---|--|
| Mange seul(e)              | <input type="checkbox"/> Oui                     | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante |
| Boit seul(e)               | <input type="checkbox"/> Oui                     | <input type="checkbox"/> Avec aide ponctuelle | <input type="checkbox"/> Avec aide constante |
| Faut-il mixer les aliments | <input type="checkbox"/> Oui, Précisions : ..... |   | <input type="checkbox"/> Non                 |
| Régime alimentaire         | <input type="checkbox"/> Oui, Précisions : ..... |   | <input type="checkbox"/> Non                 |
| Risque de fausse-route     | <input type="checkbox"/> Oui, Précisions : ..... |   | <input type="checkbox"/> Non                 |
| Troubles alimentaires      | <input type="checkbox"/> Oui, Précisions : ..... |   | <input type="checkbox"/> Non                 |

Informations complémentaires : .....

.....

.....

.....

### SOMMEIL, RYTHME :

- |                                 |                                 |                                |                                |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Fait la sieste                  | <input type="checkbox"/> Oui    | <input type="checkbox"/> Non   |                                |
| Se lève tôt (avant 7 heures)    | <input type="checkbox"/> Oui    | <input type="checkbox"/> Non   |                                |
| Se couche tôt (avant 22 heures) | <input type="checkbox"/> Oui    | <input type="checkbox"/> Non   |                                |
| Sommeil                         | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Léger | <input type="checkbox"/> Agité |

Informations complémentaires : .....

.....

.....

.....

## COMPORTEMENT & HABITUDES DE VIE

### COMPORTEMENT :

- |  |   |                                |   |
|--|---|--------------------------------|---|
| Sociabilité générale :   |   | Fugueur                        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Bonne    | <input type="checkbox"/> Très bonne                       | Kleptomane                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles du comportement :   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles de la mémoire         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Agressivité :  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Délires, Hallucinations        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Verbale |   | Comportements exhibitionnistes | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Automutilation   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | T.O.C                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| A tendance à s'isoler  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Tendance à l'éthylisme         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

# Dossier d'inscription

Relations avec l'encadrement : .....

.....

.....

Relations avec le groupe : .....

.....

.....

Participation aux activités et à la vie quotidienne : .....

.....

.....

**HABITUDES DE VIE :**

- |                                  |                              |                              |  |                                |                                   |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| La personne vient-elle en couple | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Alcool                                 | <input type="checkbox"/> Oui   | <input type="checkbox"/> Non      |
| Si oui, partage la même chambre  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Sortie seul(e) autorisée aux alentours | <input type="checkbox"/> Oui   | <input type="checkbox"/> Non      |
| Consomme du tabac                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Sait gérer son argent                  | <input type="checkbox"/> Oui   | <input type="checkbox"/> Non      |
| Quelle quantité par jour :       | .....                        |                              | Si Non, quelle somme donner :          |                                |                                   |
| Café                             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | ..... €                                | <input type="checkbox"/> /Jour | <input type="checkbox"/> /Semaine |

Informations complémentaires : .....

.....

.....

.....

## MOTRICITE ET DEPLACEMENT

- |                                |                                 |   |                                |   |                              |                              |
|--------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| Besoin d'un fauteuil roulant : | <input type="checkbox"/> Oui    | <input type="checkbox"/> Non              | Sait Nager                     | <input type="checkbox"/> Oui            | <input type="checkbox"/> Non |                              |
| Appareillage spécifique :      | <input type="checkbox"/> Oui    | <input type="checkbox"/> Non              | Est autorisé à la baignade     | <input type="checkbox"/> Oui            | <input type="checkbox"/> Non |                              |
| Capable de marcher en moyenne  | <input type="checkbox"/> 1km    | <input type="checkbox"/> 3km              | <input type="checkbox"/> 5km   | Capable de dormir dans un lit superposé | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Résistance à la fatigue        | <input type="checkbox"/> Faible | <input type="checkbox"/> Moyenne          | <input type="checkbox"/> Bonne | Sait monter à Cheval                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Sait monter un escalier        | <input type="checkbox"/> Oui    | <input type="checkbox"/> quelques marches | <input type="checkbox"/> Non   | Se repère dans l'espace                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Sait descendre un escalier     | <input type="checkbox"/> Oui    | <input type="checkbox"/> quelques marches | <input type="checkbox"/> Non   | Se repère dans le temps                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Informations complémentaires : .....

.....

.....

.....

## COMMUNICATION ET SENS

- |   |                              |                              |   |                                  |                                   |
|---|------------------------------|------------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| S'exprime facilement                                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Comprend ce qu'on lui dit               | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non      |
| Si non, sait se faire comprendre                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Déficience auditive                     | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non      |
| <input type="checkbox"/> Par des attitudes, une gestuelle |                              |                              | Si oui, <input type="checkbox"/> légère | <input type="checkbox"/> moyenne | <input type="checkbox"/> complète |
| <input type="checkbox"/> Par pictogrammes                 |                              |                              | Déficience visuelle                     | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non      |
| Communique verbalement                                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui, <input type="checkbox"/> légère | <input type="checkbox"/> moyenne | <input type="checkbox"/> complète |
| Utilise un langage gestuel (LSF)                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Appareil auditif                        | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non      |
| Utilise un langage tactile                                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Porte des lunettes                      | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non      |

Informations complémentaires : .....

.....

.....

.....

# Dossier d'inscription

## A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

NOM ET PRÉNOM DU VACANCIER : .....

SÉJOUR : .....

## MEDICAL ET PSYCHIATRIQUE A REMPLIR PAR LE SERVICE MEDICAL

Traitement médical  Oui  Non  
Si oui, le prend seul(e) :  Oui  Non

Asthmatique :  Oui  Non  
Epileptique  Oui  Non  
Si oui, est-elle stabilisée  Oui  Non

Fréquence des crises : .....

Cardiaque / Cardiopathie  Oui  Non

Diabétique  Oui  Non

Si oui, injections  Matin  Midi  Soir

Si oui, gère seul(e) ses injections  Oui  Non

Injection pendant le séjour  Oui  Non

Si oui, à quelle date : .....

Nom du produit : .....

Motif de l'injection : .....

Informations complémentaires : .....

.....

.....

.....

Y a-t-il des contre-indications médicales à participer aux activités prévues dans le séjour choisi :  Oui  Non

Si Oui, lesquelles : .....

.....

## GESTION DES TRAITEMENTS MEDICAUX

1 Vous utiliserez vos propres piluliers :   
**OU BIEN** vous utiliserez les piluliers fournis par Oxygène V.A (semainiers MEDIPAC) :

2 Vous préparerez les traitements pour TOUTE LA DURÉE du séjour :   
**OU BIEN** vous préparerez les traitements pour la PREMIERE SEMAINE UNIQUEMENT :

## ACCORD ÉDUCATIF

Je soussigné, ..... en qualité de .....  
responsable de l'inscription, certifie que les renseignements joints sont exacts. Je certifie avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente de **Oxygène Vacances Adaptées** et les avoir transmises au tuteur. J'ai bien noté que toute fausse déclaration ou information volontairement omise concernant le vacancier et pouvant porter préjudice à l'accompagnement du vacancier, pourra faire l'objet de poursuites auprès des autorités compétentes.

À ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature :

# Dossier d'inscription

## AUTORISATION DE TUTEUR LÉGAL DANS LE CADRE D'UN SÉJOUR DE VACANCES

### REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX AVANCÉS PAR OXYGENE VACANCES ADAPTÉES

Je soussigné,

Nom : ..... Prénom : .....

Agissant en qualité de : .....

Responsable légal du majeur protégé : .....

Adresse de tutelle ou curatelle : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... Email : .....

J'ai pris connaissance du descriptif des activités prévues et programmées du séjour : .....

et je déclare qu'il n'y a aucune contre-indication médicale à participer aux activités prévues et à emprunter nos transports.

J'ai pris connaissance des conditions générales et particulières de vente de l'organisme **Oxygène Vacances Adaptées**. Je m'engage à rembourser les frais médicaux avancés par l'organisme **Oxygène Vacances Adaptées** si nécessaire.

Je valide les informations transmises en page 1 du dossier d'inscription concernant la souscription des assurances.

J'ai pris note que **Oxygène Vacances Adaptées** prendra, en cas d'urgence, toutes les dispositions de soins et d'intervention chirurgicale jugées nécessaires par un médecin ou une personne habilitée. J'ai bien noté qu'en cas d'urgence médicale, chirurgicale ou acte grave, l'organisme ou le médecin s'efforcera de contacter le tuteur ou le curateur afin d'obtenir son consentement. A défaut, le consentement du majeur protégé suffira.

En cas d'urgence, le médecin doit de toute façon donner les soins nécessaires. (art 42C du code de déontologie médicale)

J'ai pris note que **Oxygène Vacances Adaptées** peut diffuser sur son site internet ou ses brochures des photographies de vacanciers prises durant les séjours.

Si vous ne souhaitez pas autoriser cette diffusion, veuillez nous en informer par email.

À : .....

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

Nom : ..... Prénom : .....

Signature et cachet :