

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 :

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

Séjour choisi : Dates:.....

Nom : Prénom:.....

Autonomie : ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ☐ MRB ☐ MRC (voir grille page 6 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 7 ou sur www.oxygene-va.com)

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

Conditions:

Foyers à moins de 30 min de Nancy : à partir de 2 personnes inscrites **pour les mêmes dates de séjour.**
 Foyers à moins de 1 heure de Nancy : à partir de 5 personnes inscrites **pour les mêmes dates de séjour.**
 Foyers à plus de 1 heure de Nancy : à partir de 10 personnes inscrites **pour les mêmes dates de séjour.**

Option 2 : Pré-acheminement à partir d'une des villes (voir p.7).

Ville aller: Ville retour:

Option 3 : Rendez-vous à la gare de Nancy.

Option 4 : Rendez-vous sur notre point de regroupement à Nancy.

Dossier d'inscription

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

NOM ET PRÉNOM DU VACANCIER :

SÉJOUR :

AUTONOMIE AU QUOTIDIEN

TOILETTE ET HYGIENE :

Se lave seul(e)	☐ Oui	☐ Avec aide ponctuelle	☐ Avec aide constante
Se brosse les dents seul(e)	☐ Oui	☐ Avec aide ponctuelle	☐ Avec aide constante
Porte un appareil dentaire	☐ Oui ☐ Non	Si Oui, le nettoie seul(e)	☐ Oui ☐ Non
Se rase seul	☐ Oui	☐ Avec aide ponctuelle	☐ Avec aide constante
Se coiffe seul(e)	☐ Oui	☐ Avec aide ponctuelle	☐ Avec aide constante
Change ses vêtements seul(e)	☐ Oui	☐ Avec aide ponctuelle	☐ Avec aide constante
Change ses sous-vêtements seul(e)	☐ Oui	☐ Avec aide ponctuelle	☐ Avec aide constante
Va aux toilettes seul(e)	☐ Oui	☐ Avec aide ponctuelle	☐ Avec aide constante
Enurétique :	☐ Non	☐ De jour	☐ De nuit
Encoprétique :	☐ Non	☐ De jour	☐ De nuit

Informations complémentaires :

.....

.....

ALIMENTATION :

Mange seul(e)	☐ Oui	☐ Avec aide ponctuelle	☐ Avec aide constante
Boit seul(e)	☐ Oui	☐ Avec aide ponctuelle	☐ Avec aide constante
Faut-il mixer les aliments	☐ Oui, Précisions :		☐ Non
Régime alimentaire	☐ Oui, Précisions :		☐ Non
Risque de fausse-route	☐ Oui, Précisions :		☐ Non
Troubles alimentaires	☐ Oui, Précisions :		☐ Non

Informations complémentaires :

.....

.....

SOMMEIL, RYTHME :

Fait la sieste	☐ Oui	☐ Non	
Se lève tôt (avant 7 heures)	☐ Oui	☐ Non	
Se couche tôt (avant 22 heures)	☐ Oui	☐ Non	
Sommeil	☐ Normal	☐ Léger	☐ Agité

Informations complémentaires :

.....

.....

COMPORTEMENT & HABITUDES DE VIE

COMPORTEMENT :

Sociabilité générale :		Fugueur	☐ Oui ☐ Non
☐ Moyenne ☐ Bonne	☐ Très bonne	Kleptomane	☐ Oui ☐ Non
Troubles du comportement :	☐ Oui ☐ Non	Troubles de la mémoire	☐ Oui ☐ Non
Agressivité :	☐ Oui ☐ Non	Délires, Hallucinations	☐ Oui ☐ Non
☐ Physique ☐ Verbale		Comportements exhibitionnistes	☐ Oui ☐ Non
Automutilation	☐ Oui ☐ Non	T.O.C	☐ Oui ☐ Non
A tendance à s'isoler	☐ Oui ☐ Non	Tendance à l'éthylisme	☐ Oui ☐ 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	☐ Oui	☐ Non	Alcool	☐ Oui	☐ Non
Si oui, partage la même chambre	☐ Oui	☐ Non	Sortie seul(e) autorisée aux alentours	☐ Oui	☐ Non
Consomme du tabac	☐ Oui	☐ Non	Sait gérer son argent	☐ Oui	☐ Non
Quelle quantité par jour :			Si Non, quelle somme donner :		
Café	☐ Oui	☐ Non	 €	☐ /jour	☐ /Semaine

Informations complémentaires :

MOTRICITE ET DEPLACEMENT

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

Informations complémentaires :

COMMUNICATION ET SENS

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

Informations complémentaires :

MÉDICAL ET PSYCHIATRIQUE

À 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 OVA (semainiers MEDIPAC) :

☐

9

2 Vous préparez 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 :

Fiche du responsable légal

À remplir obligatoirement par le responsable légal

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

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX AVANCÉS PAR OXYGÈNE 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 :