

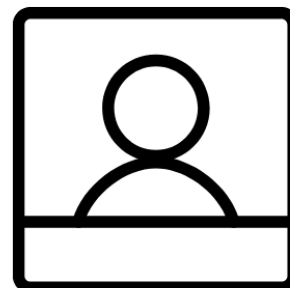
# Dossier d'inscription



Le service ne donnera pas de confirmation de séjour **avant le 12 novembre**  
Merci de ne pas nous solliciter avant ce délai.

Nom : .....

Prénom : .....



*Photo obligatoire*

Nous vous proposons 4 séjours la semaine du 28 décembre au 1er janvier (4 nuits)

**Ce bulletin ne vaut pas inscription définitive.**

**Il faut remplir le dossier d'inscription et nous le renvoyer avec tous les documents attendus pour que nous puissions valider définitivement votre venue.**

*Le Service Parenthèses se réserve le droit de rencontrer l'établissement qui accompagne le vacancier afin de préparer au mieux le séjour.*

Numéro de séjour	Lieu	Places	Dates	Nombre de jours	Tarifs
1 et 2	Séné	16	28 décembre au 1er janvier 2025	5	580€
3	Saint Cast le Guildo	8		5	560€
4	Région Parisienne	8		5	970€

Séjour n°

Lieu du Séjour

CHOIX .....

# Le paiement du séjour

**Acompte à retourner pour le 15 novembre 2024 :**

- **250 € pour les séjours d'une semaine.**

**Vous pouvez régler par :**

Chèque

Chèques Vacances

Virement bancaire

**Adapei du Morbihan – Service Parenthèses  
2 allée de Tréhornec – BP116  
56003 Vannes**

**Adhésion à l'Adapei du Morbihan :**

Oui     Non

Si vous souhaitez y souscrire contactez le siège de l'Adapei au 02 97 63 36 36  
(Pauline LE PARC ou Françoise DREAN)

**Assurance Multirisques sans motif :**

**Séjour à moins de 2 000 €**

**28 €**

Oui     Non

**Vous pouvez effectuer le solde du séjour :**

- En 1 fois
- En 3 fois : Merci alors d'adresser vos 3 règlements aux dates indiquées ci-dessous :
  - le
  - le
  - le

**Toute absence de règlement total du séjour avant le 20 décembre 2024 entrainera l'annulation de l'inscription et de la participation au séjour Parenthèses.**

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### Séjour choisi :

#### VOS HABITUDES DE VIE

Numéro de dossier (ne pas remplir) :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal ..... Ville : .....

Né(e) le : ..... Sexe : Masculin  Féminin

Etablissement fréquenté pendant l'année : .....

Personne soutien à l'accompagnement du dossier : .....

Tel : .....

NOM et prénom du curateur/tuteur ou responsable légal :

.....

Mail : .....@.....

Tel : .....

**Personne à joindre en cas d'urgence durant le séjour(NOM Prénom) :**

.....

Qualité : .....

Adresse : .....

Ville / Code postale :

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....



**Le numéro indiqué doit être impérativement joignable pendant toute la durée du séjour**

**= pas de secrétariat fermé à certaines périodes**

Adresse mail ou postale pour l'envoi de la convocation :

.....

Adresse mail ou postale pour l'envoi du devis et de la facture :

.....

.....

#### JE VIENDRAI EN VACANCES AVEC :

Une canne  Un déambulateur

Un fauteuil roulant manuel  
Si oui, pliant :  Oui  Non

Un fauteuil roulant électrique  
Si oui, dimensions :

Hauteur : ..... cm      Largeur : ..... cm      Profondeur : .....

cm      Poids : ..... kg

Utilisez-vous ce moyen de déplacement:  Tout le temps  Parfois

Devons-nous prévoir une location de matériel médical ? : **(Nous louons le matériel, ordonnance obligatoire au 15 novembre)**

Oui  Non

Lève-personne (si oui il est fortement recommandé de venir avec ses propres sangles)

Verticalisateur

Lit médicalisé      Si oui,  Barrières  Potence

Siège de douche

#### TRANSPORTS :

Vous souhaitez que Parenthèses prenne en charge votre transport pour venir sur le séjour :  Oui  Non

Si oui, **lieu de rassemblement au départ :**

- IME du Bois de Liza à Séné  
 Foyer Prad Izel à Hennebont  
 Foyer La Belle Vie à Pontivy  
 Foyer Kerudo à Auray

Si oui, **lieu de rassemblement au retour :**

- IME du Bois de Liza à Séné  
 Foyer Prad Izel à Hennebont  
 Foyer La Belle Vie à Pontivy  
 Foyer Kerudo à Auray

**Les informations pour le convoi seront à adressées à :**

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal ..... Ville : .....

Mail : .....

Téléphone : .....

#### DEPLACEMENTS :

marchez-vous seul(e) ? :  Oui  Non

Si oui :  2-3h sans problème  + de 1h  30 minutes

Avez-vous besoin :  D'un fauteuil confort  D'un déambulateur  Du bras d'un accompagnant  Autres

Précisez:

.....

Appréciez-vous être dans des lieux publics et animés ?  
 Oui  Non

Pouvez-vous monter seul(e) dans un minibus ?  
 Oui  Non

J'ai un appui plantaire (je peux m'appuyer sur mes jambes pour faire un transfert)  Oui  Non

Utilisez-vous un véhicule PMR avec rampe d'accès au quotidien ?  Oui  Non

**HYGIENE :**Faites-vous votre toilette seul(e) :  Oui  NonVous douchez-vous seul(e) :  Oui  Non*Si la douche ne nécessite pas de soin spécifique, ce sont nos équipes qui s'en chargent.**Si des éléments peuvent nous aider, merci de nous les indiquer ci-dessous.*

Avez-vous l'habitude de prendre :

 Un bain  Une douche

A quelle fréquence ? : .....

Vous brossez-vous les dents seul(e) :  Oui  NonVous rasez-vous seul(e) :  Oui  NonVous coiffez-vous seul(e) :  Oui  NonReconnaissez-vous vos vêtements seul(e) :  Oui  NonVous habillez-vous seul(e) :  Oui  NonAllez-vous aux toilettes seul(e) :  Oui  NonPortez-vous des protections :  Oui  NonÊtes-vous énurétique :  Oui  NonÊtes-vous encoprétique :  Oui  NonRemarques utiles :.....  
.....  
.....**COMPORTEMENT :**

Merci d'indiquer les attitudes à adopter, les précautions et les vigilances...

Allez-vous plutôt vers :  Des personnes connues Des personnes inconnues

Face à une difficulté, vous avez l'habitude de :

Gérer Seul(e)  Oui  NonDemander de l'aide  Oui  NonVous mettre en retrait  Oui  NonVous montrez agressif  Contre vous-même  Contre les autres Contre les objets  Non

Comment pouvons-nous vous aider face à une difficulté ?

.....  
.....  
.....Vous arrive-t-il de fuguer ?  Oui  NonAvez-vous des phobies ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles ?.....

Avez-vous un objet « fétiche » ?  Oui  Non.

Quel est-il ? .....

Avez-vous des rituels ?  Oui  Non

Si oui, pouvez-vous nous en dire plus ? .....

.....

Pouvez-vous avoir peur ou être angoissé(e) lors d'évènements particuliers :

 Oui  Non

Si oui, lesquels :.....

**TRAITEMENTS :**Avez-vous un traitement médicamenteux :  Oui  NonSi oui, nous devons **obligatoirement** avoir la copie de l'ordonnance pour le 30 novembre.**La convocation pour le séjour ne sera pas envoyé tant que nous n'avons pas le scan de l'ordonnance de traitements.****Merci de nommer l'ordonnance comme suit : NOM-Prénom-ordonnance**

A quel moment dans la journée votre traitement est pris ?

 Au réveil  Matin  Midi  Après-midi  Soir  CouchéHabituellement, êtes-vous autonome pour le prendre ?  Oui  NonPréparez-vous seul votre pilulier ?  Oui  NonAvez-vous une contraception ?  Oui  NonAvez-vous des gouttes oculaires ?  Oui  Non

L'administration des gouttes par les infirmiers libéraux n'est pas pris en charge par la sécurité sociale.

Les animateurs ne sont pas habilités à les mettre, hormis les gouttes de confort.

Êtes-vous épileptique ?  Oui  NonEst-ce que votre épilepsie est stabilisé :  Oui  Non

Date de la dernière crise : .....

Avez-vous un protocole médicamenteux en cas de crise ?  Oui  Non - Si oui lequel : .....

Autres informations médicales importantes à connaître :

.....

**L'ensemble des traitements médicamenteux (ex : loxapac, ...) liquide doivent être préparé par une infirmière. Les animateurs ne sont pas habilités à les préparer afin de les distribuer aux vacanciers pendant le séjour. SI POSSIBLE, PASSER LE TRAITEMENT EN GELULE. Sinon, prévoir une ordonnance pour un passage infirmier pendant le séjour pour la préparation du traitement.****Avez-vous besoin d'un passage infirmier**  Oui  Non

Si oui, à quel moment dans la journée :

 Matin  Midi  Fin d'après-midi

Si oui, précisez les actes .....

.....



La sécurité sociale ne rembourse pas l'administration d'un traitement par gouttes ou la mise de bas de contention.

Un devis pourra vous être transmis avant le séjour pour ce type de soin.

**SOMMEIL**

Votre heure de lever ? .....

Le réveil est-il difficile ?  Oui  Non

Votre heure de coucher? .....

Avez-vous :

peur de l'obscurité ?  Oui  Non

des difficultés à vous endormir ?  Oui  Non

des rituels d'endormissement (préciser) ?  Oui  Non

.....

des angoisses nocturnes ?  Oui  Non

Est-ce que vous vous levez la nuit ?  Oui  Non

Faites-vous la sieste ?  Oui  Non

Préférez-vous :  Une chambre seul(e)

Une chambre partagée

Avec quelle personne souhaitez-vous partager votre chambre ?

.....

**ALIMENTATION**

Est-ce que vous mangez seul(e) :  Oui  Non

Est-ce que vous buvez seul(e) :  Oui  Non

Avez-vous des troubles et/ou difficultés alimentaires ?

Oui  Non

Si oui, pouvez-vous préciser :

Boulimie  Anorexie  Potomanie

Avez-vous ?

Des allergies alimentaires.

Si oui, lesquelles : .....

Des risque de fausse route ?

Si oui, faut-il mixer vos aliments ?  Oui  Non

Faut-il gélifier votre boisson ?  Oui  Non

Avez-vous un régime alimentaire ?  Oui  Non *(fournir une copie de votre ordonnance 1 mois avant le début du séjour).*

Remarques : .....

.....

Avez-vous une contre-indication :

Pour le Café  Oui  Non

Pour l'alcool :  Oui  Non

Pour certains aliments :  Oui  Non

**COMMUNICATION :**

Est-ce que vous parlez ?  Oui  Non

Savez-vous lire / écrire :  Oui  Non

Savez-vous téléphoner ?  Seul(e)  Avec un accompagnement  Non

Communiquez-vous à l'aide :  D'attitudes, un gestuel ou objets à valeur de communication

De pictogrammes, de photos ou d'autres moyens : Précisez.....

De cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée

Remarques utiles : .....

Savez-vous choisir parmi plusieurs activités ?  Seul(e)  Avec un accompagnant  Non

Pour vous aider à choisir nous pouvons utiliser :  Un texte de présentation de l'activité

Une photo ou une image de l'activité  Une présentation ou explication orale

**SORTIES**

Sortez-vous seul ?  Oui  Non

Sortez-vous seul en petit groupe sans accompagnement ?  Oui  Non

Vous repérez-vous :  Dans le temps  Dans l'espace

Savez-vous demander votre chemin ?  Oui  Non

Savez-vous lire les panneaux indicateurs ?  Oui  Non

Mémorisez-vous :  Un lieu à atteindre  Un trajet

Êtes-vous à l'aise dans de nouveaux lieux ?  Oui  Non

Supportez-vous les lieux publics ?  Oui  Non

Savez-vous lire l'heure ?  Oui  Non

Savez-vous rentrer à l'heure ?  Oui  Non

Avez-vous une contre-indication à la baignade ?  Oui  Non

Savez-vous nager ?  Oui  Non

**ARGENT PERSONNEL**

Savez-vous gérer votre argent ?  Oui  Non

Connaissez-vous la valeur de l'argent ?  Oui  Non

Savez-vous faire des achats seul(e) :  Oui  Non

Avez-vous un budget tabac à respecter ? :  Oui  Non

Savez-vous gérer votre consommation seul ? :  Oui  Non

Si non, combien de cigarettes fumez-vous par jour ? .....



## Autorisation de diffusion de mon image

Je m'appelle : .....



Je suis d'accord pour que le service parenthèses  
utilise mon image jusqu'en décembre 2028 pour :

	 Photos   <b>oui non</b>	 Vidéos   <b>oui non</b>	 Audios   <b>oui non</b>
• le catalogue des séjours d'été et d'hiver	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/	/
• le site internet de l'Adapei du Morbihan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• les réseaux sociaux par exemple sur Facebook	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• des flyers	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/	/
• l'encadrement de photos pour affichage en structure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/	/
• des albums souvenirs (photos développées de fin de séjour)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/	/



Je ne recevrai pas d'argent pour l'utilisation de mon image.

Parenthèses utilise mon image en faisant attention au respect de ma vie privée.

Les images sont prises pendant les séjours vacances.

Fait à ..... le / /

Je signe :

## Santé – Informations Médicales - CONFIDENTIEL

Les informations contenues dans ce document sont confidentielles.

Numéro de sécurité sociale : .....

Caisse d’Affiliation : ..... ALD 100% :  oui  non

Mutuelle : ..... Numéro de Carte de Mutuelle : .....

Nom, Prénom, Adresse et téléphone du Médecin Traitant : .....

Est-il joignable pendant le séjour ? :  oui  non

Si la réponse est négative, Nom, Prénom du médecin joignable pendant le séjour :

.....

Déficiência : Intellectuelle  Cognitive  Motrice  Sensoriel  Psychique

Autres Pathologies associées : .....

Groupe Sanguin :

Taille :

Poids :

Vaccination Tétanos (ou DTP, Tetracoq...) à jour :  oui  non

Vaccination Hépatite B à jour :  oui  non



Je m’engage à partir en vacances avec l’original de ma carte vitale et la copie de ma carte de mutuelle.

Lieu, date et signature :

Le Vacancier :

Le Mandataire si nécessaire

## Autorisation d’hospitalisation et/ou d’intervention chirurgicale

Nous, soussignés, le vacancier et/ou son mandataire : NOM et Prénoms

.....

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 dénommée ci-dessous (Nom et prénoms) : .....

Fait à ..... le .....

Signature du Vacancier et/ou du Mandataire :