

FICHE D'INSCRIPTION



Joindre une photo

RÉSERVÉ à
l'administration FÉDÉFf reçue
leDevis reçu
le Nouveau /Ile
vacancier/ère

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

LE VACANCIER / LA VACANCIÈRE

M. - Mme Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Personne accompagnant pour l'inscription. Nom, prénom :

Mail : Téléphone :

CHOIX DES SÉJOURS

Nom du séjour :

Dates : Séjour n° : Tarif :

Nom du séjour :

Dates : Séjour n° : Tarif :

Demande particulière (chambre seule, en rez-de-chaussée, en couple.) :

La Fédé se réserve le droit de réattribuer la chambre individuelle en fonction des inscriptions et du déroulement du séjour.

Transports

Souhaitez-vous que Parenthèses prenne en charge votre transport pour venir jusqu'au lieu de départ du séjour ?

 Oui Non

Si oui, lieu de rassemblement au départ et au retour :

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

Si lieu de retour différent, merci de le préciser :

ENVOI DE LA FACTURATION

M. - Mme Nom : Prénom : Lien avec le/la vacancier/ère :

Nom de la structure :

Adresse : CP : Ville :

Téléphone : Email :

ENVOI DE LA CONVOCATION

M. - Mme Nom : Prénom :

Nom de la structure :

Adresse : CP : Ville :

EN CAS D'URGENCE : PERSONNE À CONTACTER DURANT LE SÉJOUR (24H/24 ET 7J/7 Y COMPRIS LE SAMEDI ET DIMANCHE)

M. - Mme Nom : Prénom :

Lien avec le/la vacancier/ère :

Téléphone : Portable :

• Je soussigné(e) agissant en qualité de

certifie avoir pris connaissance des **CONDITIONS DE VENTES** et du **DESCRIPTIF DU SÉJOUR** et autorise l'équipe du séjour (cochez les cases utiles) : à présenter à un médecin dès que l'état le nécessite à procéder aux gestes de premiers secours si nécessaire à permettre la prise en charge par un service d'urgence (pompiers, SAMU...) à transporter aux urgences, suivant la gravité de la blessure, pour que puisse être pratiquée toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.

• Vous souhaitez souscrire à l'assurance annulation,

merci de cocher la case suivante : Tarifs et paiement : voir conditions en page suivante.• Pour les séjours lointain, je souhaite une chambre seule à l'hôtel (surcoût à 90 €/nuit), merci de cocher la case suivante : **DROIT D'IMAGE** : J'autorise (cochez les cases utiles) la Fédé a utiliser les images du / de la vacancier / ère dans le cadre de ses outils de communication : Oui Non

Fait à :

Le :

Signature

de la personne concernée ou
de son représentant légal :

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE/LA VACANCIER/ÈRE

• M. - Mme Nom : Prénom : Âge :

• Je vis en (cochez les cases utiles) :

appartement / maison suivi SAVS famille famille d'accueil

foyer de vie - précisez son nom :

foyer d'hébergement - précisez son nom :

EHPAD - précisez son nom :

FAM - foyer d'accueil médicalisé CHS – Centre Hospitalier Spécialisé

Téléphone du lieu de vie :

• Je travaille : Oui Non

• Je suis concerné/e par le(s) handicap(s) suivant(s) (cochez les cases utiles) : handicap intellectuel handicap psychique

handicap sensoriel handicap moteur polyhandicap handicap cognitif troubles du spectre de l'autisme

MON NIVEAU D'AUTONOMIE (Merci d'entourer les autonomies correspondantes en se repérant à la fiche SEMBA® du CNLTA, page 8) :



VIE QUOTIDIENNE (repas, toilettes, habillement)



VIE SOCIALE ET COMPORTEMENT



MOBILITÉ ET DÉPLACEMENT

INFORMATIONS UTILES À L'ACCOMPAGNEMENT DU / DE LA VACANCIER/ÈRE

MES CAPACITÉS

Je peux me baigner Oui Non

Je sais nager Oui Non

Je suis : (capacités physiques) très fatigable fatigable dynamique

Je peux marcher : < ½h entre ½h et 1h 1h

Avec des pauses Oui Non

Si oui, toutes les

J'ai besoin d'une aide lors de mes déplacements Oui Non

Si oui, précisez :

bras canne déambulateur fauteuil

occasionnel permanence

J'emmènerai mon aide aux déplacements pendant mon séjour Oui Non

Je monte et descend les escaliers Oui Non

avec appréhension Oui Non

Je gère mon argent personnel seul/e Oui Non

En situation de vacances sur des lieux non connus :

Je sais me repérer dans les lieux Oui Non

Je peux sortir seul/e Oui Non

Je peux rester seul/e Oui Non

MES HABITUDES DE VIE QUOTIDIENNE

Je fume Oui Non

Si oui, je gère seul/e ma consommation Oui Non

Si oui, nombre de cigarettes habituellement consommées par jour :

SOMMEIL

J'ai l'habitude de me coucher vers :

J'ai l'habitude de me lever vers :

SOMMEIL

J'ai des habitudes pour m'endormir (veilleuse...) qui sont :

J'ai des troubles du sommeil Oui Non

(lever la nuit, matinal ou difficile, somnambulisme, insomnie, angoisses...)

Si oui, précisez :

De quel accompagnement ai-je besoin ? :

J'ai un appareil respiratoire pour la nuit Oui Non

Merci de nous en informer, afin de privilégier une chambre seule.

Si oui, je le gère seul/e (Merci de fournir le mode d'emploi) Oui Non

J'apprécie de faire la sieste Oui Non

J'ai une relation de couple et je souhaiterais avoir une chambre

commune avec (Indiquez le nom et prénom de la personne) :

.....

lit commun lits séparés

HYGIÈNE

Pour la toilette, j'ai besoin d'accompagnement : Avec stimulation verbale Avec aide physique

brosse à dent

séchage (préciser)

lavage de dos

lavage de cheveux

rasage

autre (préciser)

J'ai besoin d'un passage infirmier pour ma toilette : Oui Non

Nos équipes d'animation ne sont pas en mesure d'accompagner les personnes nécessitant une aide effective à la toilette. Le cas échéant, un passage infirmier ou aide à domicile devra être envisagé et organisé par vos soins. Merci de nous transmettre les coordonnées du cabinet infirmier choisi.



HYGIÈNE

	Oui	Non	Avec stimulation	Avec aide
Je gère mes vêtements seul/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai besoin d'accompagnement pour (trier mon linge, préparer mes vêtements...) (préciser) :				
Je m'habille seul/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai besoin d'accompagnement pour (chaussures...) :				

Nos équipes d'animation ne sont pas en mesure d'accompagner les personnes nécessitant une aide effective à l'habillement.

	Oui	Non	Avec stimulation verbale	Avec aide physique
Je vais aux toilettes seul/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai besoin d'aide pour m'essuyer				
Si oui, précisez (entourer)				
Je suis sujet à l'énurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diurne	Nocturne
Je suis sujet à l'encoprésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diurne	Nocturne

	Oui	Non
J'utilise des protections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, je les gère et les change seul/e		

Pour les personnes sujettes à l'énurésie et/ou à l'encoprésie, OBLIGATION de fournir les protections nécessaires, des alèses et des paires de draps 2 personnes complémentaires.

MON COMPORTEMENT

	Oui	Non
J'ai tendance à fuguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		
J'ai des peurs (peur de la foule, des animaux...), des phobies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		

MES INFORMATIONS MÉDICALES

Je suis un traitement médical	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, je le prends seul		

Les médicaments devront être conditionnés dans un **PILULIER COMPLET (escargot accepté) pour toute la durée du séjour (et y compris du transport) au nom, prénom et photographie du/ de la vacancier/ère**, accompagnés de l'original de l'ordonnance dactylographiée.

J'ai besoin d'un passage infirmier durant le séjour :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser pour quel type de soins :		
<input type="checkbox"/>	Traitement sous forme buvable	
<input type="checkbox"/>	Traitement sous forme liquide (soin oculaire...)	
<input type="checkbox"/>	Injection	
<input type="checkbox"/>	Autre, précisez :	

Nombre de passages prévus dans une journée :	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ou plus
--	----------------------------	----------------------------	------------------------------------

Pour le bon déroulement des séjours et ne pas impacter l'organisation, nous ne sommes pas en mesure d'accueillir des vacanciers ayant besoin d'au moins 3 passages infirmier par jour.

PRÉCISIONS

	Oui	Non
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, stabilisée		
Si non, manifestations :		
Si oui, précautions (feu d'artifice, concerts...) :		
Si oui, merci de fournir le certificat médical de non contre-indication à la baignade		
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, stabilisé		

MON COMPORTEMENT

	Oui	Non
J'ai des manifestations agressives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envers les autres		
Envers moi-même		
Si oui, comment se manifestent-elles (insultes, jets d'objets...) ? :		
Quel est le mode de relation le plus approprié ? :		
J'ai un objet fétiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lequel ? :		
Je me fais facilement comprendre par une personne qui ne me connaît pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
facilement difficilement pas du tout		
J'ai accès à la parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est le mode de communication le plus approprié (signes, images, makaton, pictogrammes...) ? :		
Je suis sujet à la frustration ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, dans quelles circonstances ? :		
Comment gérer cette frustration ? :		

MON RÉGIME ET HABITUDES ALIMENTAIRES

	Oui	Non		
Je suis un régime alimentaire (diabète, hypocalorique...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si oui, précisez :				
Si oui, joindre une copie du régime ou des indications particulières				
J'ai besoin de repas :	<input type="checkbox"/> mixé	<input type="checkbox"/> mouliné	<input type="checkbox"/> émietté	<input type="checkbox"/> gélifié
Si vous cochez l'une de ces cases, OBLIGATION de fournir un mixeur ou le matériel adapté.				
Je suis sujet aux fausses routes, problème de déglutition...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alcool autorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Café/thé (caféine) autorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Merci de préciser la quantité :				

	Oui	Non
Éthylisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie / intolérance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez (type/objet) :		
Sensibilité au soleil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, merci de fournir une crème adaptée		
J'ai des troubles de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des troubles de l'ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je porte un appareil dentaire, oculaire, auditif... et j'ai des soins spécifiques. Merci de joindre une note pour l'équipe d'animation.		
J'ai des contre-indications, précisez :		
Nom du médecin traitant :		
Tel. :		

Si nécessaire et sous la forme qui vous convient (feuille annexe, pli fermé...), joignez des indications complémentaires à destination de l'équipe du séjour ou aux professionnels du corps médical en cas de besoin.

IMPORTANT

Pour les traitements médicaux sous forme buvable et liquide (ex : soins oculaires), merci de vous rapprocher du médecin traitant pour demander une alternative conditionnable en pilulier (comprimés ou unidoses).
En cas d'impossibilité, merci de nous contacter. Pour ce faire, il est nécessaire de fournir une **ORDONNANCE SPÉCIFIQUE** pour ces soins au plus tard un mois avant le début du séjour. Après ce délai, nous vous demanderons de vous rapprocher d'un cabinet infirmier pour faire les démarches en précisant que la personne concernée a des troubles cognitifs l'empêchant de faire ses soins elle-même, et de la transmettre à l'association.
Merci de prévoir l'original de la carte vitale.

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE VENTE

ADHÉSION Les séjours sont réservés aux vacanciers ayant acquitté leur cotisation. Celle-ci, d'un montant de **5 € pour 2025**, couvre l'année civile en cours et sera facturée avec le séjour.

INSCRIPTION / CONVOCATION Le choix des séjours doit se faire en fonction des aptitudes physiques, mentales et des motivations du vacancier.

• 1^{ère} PHASE : pré-inscription

La préinscription doit se faire de préférence par email : loisirshandicap@lafede.fr (les demandes sont traitées par ordre d'arrivée) ou par téléphone au 02 99 72 47 07 le lundi, mardi, jeudi et vendredi : 9h00 - 12h30 et 14h00 - 17h00. Lors de votre pré-inscription, pensez à nous indiquer les informations suivantes : choix du séjour, lieu et dates, nom, prénom du vacancier, son âge et son degré d'autonomie (voir l'outil SEMBA), demandes particulières (couple, fauteuil, déambulateur...), coordonnées du/de la référent.e, lieux de départ et retour pour un voyage éventuel.

Une fois la disponibilité du séjour confirmée par nos services, il convient de nous adresser le dossier d'inscription dûment complété et signé.

L'association se réserve le droit :

- d'annuler toute pré-inscription pour laquelle nous n'avons pas reçu le dossier complet sous 2 semaines,
- de refuser une inscription si l'autonomie de la personne ne correspond pas aux critères d'encadrement retenus (voir l'outil SEMBA).

• 2^e PHASE : confirmation d'inscription

Après validation de la fiche d'inscription par ses services, l'association envoie au vacancier ou à son représentant légal le cas échéant : le devis, les conditions particulières de vente, l'annexe au contrat, le descriptif du séjour et les conditions d'annulation si l'assurance a été souscrite. Ces documents doivent nous être retournés signés sous 2 semaines. À réception, la facture est adressée. Merci de nous signaler toute annulation rapidement.

L'inscription sera considérée comme définitive à réception de la fiche d'inscription et du devis signés.

• 3^e PHASE : convocation

3 semaines avant le début du séjour, l'association envoie la convocation précisant l'heure et le lieu de prise en charge ainsi que le trousseau (indication sur les vêtements, argent personnel et particularité du séjour à prévoir). Les départs et arrivées des différents séjours se font à REDON. En général, les départs ont lieu à 13h30 (sauf pour les destinations lointaines) et les arrivées de séjour à 12h.

PRIX ET PRESTATIONS

Toute modification des conditions économiques pourra entraîner une révision des prix en conformité avec les dispositions législatives ou réglementaires.

Les prix comprennent : les frais d'hébergement et de nourriture à partir du soir du 1^{er} jour jusqu'au matin du dernier jour, les salaires de l'équipe d'animation, les activités définies dans le descriptif de séjour et un budget animation, le transport aller/retour à partir de Redon (ou sur le trajet), l'usage d'un minibus pendant le séjour, les frais liés à la mise en place des protocoles sanitaires, l'assurance rapatriement et les frais d'organisation et de gestion. Les demandes de chambre seule pour les hôtels seront facturées à hauteur de 90€/nuitée. La demande de chambre individuelle dans le gîte, faite à l'inscription, est évolutive en fonction des disponibilités et des impératifs des voyageurs.

Les prix ne comprennent pas l'argent personnel du vacancier, et les frais médicaux pendant le séjour.

Le contexte sanitaire lié à la COVID-19 nous impose une vigilance des plus importantes vis-à-vis de notre public. Les séjours proposés doivent respecter les protocoles sanitaires obligatoires mis en place par la DDETS.

Le voyage peut être annulé par l'organisateur si le nombre minimum de 5 participants n'est pas inscrit, par défaut d'hébergement ou par manque d'encadrements : 21 jours avant la date de départ pour les voyages dont la durée dépasse 6 jours, et 7 jours avant la date de départ pour les voyages dont la durée est de 2 à 6 jours.

Le voyageur sera alors remboursé de toutes les sommes qu'il aura pu verser mais ne pourra prétendre à aucune indemnisation.

PAIEMENT

Joindre au devis signé, un acompte de :

- 150 € pour un séjour de 4 jours
- 300 € pour un séjour d'1 semaine
- 600 € pour un séjour de 2 semaines

Le solde est à régler 6 semaines avant le départ par virement de préférence en mentionnant le nom et prénom du vacancier dans la référence du virement. L'association accepte le paiement par chèques vacances. Si nous recevons des chèques vacances après le versement du solde du séjour, 15 € de frais de traitement seront appliqués.

En cas de non-paiement un mois après la date de fin de séjour, une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40€ sera due. Des pénalités forfaitaires de retard pourront être appliquées.

ASSURANCES

L'association la Fédé, par l'intermédiaire de son assurance, garantit :

• La responsabilité civile,

- L'assurance rapatriement qui devient active si le médecin décide, en lien avec le médecin de l'Assistance, qu'un retour ne peut se faire que sous assistance médicale. L'assurance rapatriement entre également en jeu en cas de décès d'un proche du vacancier. Tout autre départ n'est pas pris en charge par cette assurance.

ATTENTION : Les frais médicaux ou d'hospitalisation sont assurés par une garantie propre à chaque participant (complémentaire santé ou assurance individuelle accident).

En cas de dégradation lors d'un séjour, si le montant de la dégradation est inférieure à la franchise, le vacancier devra rembourser la totalité du préjudice. Si le préjudice est supérieur à la franchise, l'assurance s'appliquera, mais la franchise restera à la charge du vacancier (ex. : matelas souillés...).

L'association n'est pas tenue responsable des pertes et vols de vêtements, d'objets ou argent personnel appartenant au vacancier.

CONDITIONS D'ANNULATION

Quel que soit le motif de l'annulation, la cotisation adhérent et l'assurance annulation seront retenues. Par ailleurs, suivant la date d'annulation :

- Plus de 90 jours avant le départ : il sera retenu 7 % du montant de la facture.
- Entre 90 jours et 46 jours inclus avant le départ : il sera retenu 30 % du montant de la facture.
- Entre 45 jours et 21 jours inclus avant le départ : il sera retenu 50 % du montant de la facture.
- Entre 20 jours et 10 jours inclus : il sera retenu 80 % du montant de la facture ;
- Moins de 10 jours avant le départ : il sera retenu 100 % du montant total de la facture.

En cas de non-présentation aux dates de convocation, la totalité du séjour reste due.

En cas d'annulation, l'adhésion et les frais d'assurance sont non remboursables.

CESSION DE CONTRAT

Vous avez la possibilité de céder le présent contrat tant que celui-ci n'a produit aucun effet et jusqu'à 30 jours du départ, en prévenant l'association, à une personne remplissant les mêmes conditions que vous. Les frais de cession vous seront communiqués lors de votre demande. Vous-même et le bénéficiaire de la cession demeurez solidairement tenus du paiement du solde du contrat et des frais de cession.

Pour toute annulation de séjour, la date retenue par nos services sera la date de réception d'un email ou d'un courrier de confirmation d'annulation.

La Fédé vous adressera le questionnaire médical de l'assurance à compléter et à nous retourner sous 15 jours.

Nous vous rappelons que seul l'assureur est décisionnaire pour un éventuel remboursement. Pour toute question relative à l'assurance annulation, vous pouvez nous contacter au 02 99 72 47 59.

Une assurance annulation de séjour vous est proposée à : **30 €** pour les séjours de 8 jours et **58 €** pour les séjours de 2 semaines pour toute souscription au moment de l'inscription.

L'association a souscrit un contrat vous couvrant contre les conséquences de l'annulation de votre séjour. Pour toute question relative à l'assurance annulation, vous pouvez contacter la Fédé au 02 99 72 47 59. Toutefois, vous pouvez souscrire un contrat auprès de votre assureur habituel.

ANNULATION DU SÉJOUR - GARANTIE D'ANNULATION AVANT VOTRE DÉPART,

- Maladie, accident ou décès d'un membre de la famille de l'assuré ou d'une personne l'accompagnant.
- Dommages graves à l'habitation de l'assuré.
- Contre-indication médicale ou suites de vaccination.

Franchise : 50 € par personne.

Les justificatifs suivants vous seront demandés par l'assureur : les justificatifs médicaux, ou, s'il s'agit d'un autre cas d'annulation, toute pièce justifiant celle-ci. Attention ! L'assureur prend en compte la date des justificatifs médicaux pour le calcul du montant de votre remboursement.

EXCLUSION DE GARANTIE ANNULATION

Tous les événements non indiqués ci-dessus sont exclus dont maladies psychiques mentales ou dépressives, épidémies.

Rappel, le fait pour le vacancier de ne pas se présenter le jour du départ équivaut à une annulation. Aucun remboursement ne sera accordé dans cette situation.

RÉSILIATION POUR CIRCONSTANCES

EXCEPTIONNELLES

1/Départ non justifié : tout départ en cours de séjour, qu'elle qu'en soit la raison (départ volontaire du vacancier, renvoi pour une raison impérative, rapatriement...), ne pourra faire l'objet d'un remboursement. En cas de désaccord, merci de nous adresser une demande écrite.

2/Comportement inadapté : la Fédé se réserve le droit de mettre fin au séjour d'un vacancier avec effet immédiat, si, par son comportement, il mettrait en danger sa propre vie, celle des autres ou le déroulement du séjour (en cas de non-respect des règles de vie du groupe, de non respect des gestes barrières dans le cadre de la Covid-19, des équipes d'encadrement, en cas de comportement abusif ou violent). L'intégralité des frais de rapatriement et du séjour est alors à la charge du vacancier ou du représentant légal et aucun remboursement ne pourra être consenti.

Il en va de même pour les problèmes pouvant survenir du fait de l'inscription d'une personne sur un séjour ne correspondant pas à l'autonomie requise.

3/Non respect des conditions d'inscription : en cas de non-respect des conditions d'inscription (exemples : association prévenue après l'inscription d'un fauteuil pour les sorties, de soins infirmiers contraignants, d'un appareil respiratoire, d'impossibilité de monter un escalier, aide à la toilette sans intervention d'une aide à domicile...), ou de comportement du vacancier incompatible avec le maintien en structure collective d'accueil (comportement difficile, mutilation, déviances sexuelles...), l'association pourra annuler l'inscription ou mettre un terme au séjour, sans remboursement des sommes versées.

TRAITEMENTS ET SOINS MÉDICAUX

Conformément au décret du 29/07/2004, c'est un infirmier qui doit préparer, avant et pendant le séjour, les médicaments dans un pilulier identifié au vacancier (nom, prénom, date de naissance, heure de prise en charge et photo) ayant un traitement médical.

Les vacanciers doivent être munis :

- d'un pilulier préparé pour la totalité du séjour,
- de l'original de l'ordonnance dactylographiée du traitement,
- du protocole de distribution.

Si nécessaire, les documents confidentiels peuvent être mis sous pli à l'attention d'un médecin ayant à intervenir pendant le séjour.

Les frais médicaux occasionnés pendant le séjour sont avancés par l'association. Les feuilles de soins vous seront adressées après réception du règlement. Certains actes infirmiers (exemple : gouttes oculaires...) ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. Une facture vous sera transmise pour remboursement de ces frais. Pour tous les passages de soins infirmiers, nous devons recevoir au plus tard 1 mois avant le début du séjour l'ordonnance. Dans le cas contraire, nous vous demanderons de vous rapprocher d'un cabinet infirmier sur le lieu du séjour.

PIÈCES À FOURNIR AU MOMENT DU DÉPART

Les vacanciers doivent être munis :

- des photocopies de leur attestation de droits à l'assurance maladie, de mutuelle et d'invalidité,
- de la carte d'identité et de la carte européenne d'assurance maladie pour les séjours à l'étranger,
- de l'original de la carte vitale s'il y a des soins infirmiers prévus.