

FICHE D'INSCRIPTION – WEEK-END

A renvoyer à ZA du Crêt de mars- 42150 LA RICAMARIE avec le **chèque d'acompte joint obligatoirement**.
OU VIREMENT : CREDIT COOPERATIF : IBAN : FR76 4255 9100 0008 0029 2568 511 // Code BIC : CCOPFRPPXXX

NOM : Prénom : Sexe : F ☐ M ☐

Né(e) le Age À : Nationalité :

Je suis : ☐ sous tutelle ☐ sous curatelle ☐ sous la responsabilité de mes parents ☐ responsable majeur

Personne à contacter en cas d'urgence : **JOIGNABLE 24H/24 :**



ADRESSE A LAQUELLE DOIT ETRE ENVOYE LE DOSSIER D'INSCRIPTION :

NOM : PRENOM : Adresse :

CP : VILLE :  :

Adresse mail :@.....

JE SUIS INSCRIT(E) PAR :

NOM (établissement, parents, tuteur) : PRENOM :

CP : VILLE :  :

pour les établissements ou organismes, merci de préciser :

Votre nom : votre fonction :

Adresse mail :@.....

ADRESSE A LAQUELLE DOIT ETRE ENVOYEE LA FACTURE

NOM (établissement, parents, tuteur) :

Adresse :

CP : VILLE :  :

Adresse mail :@.....

ADRESSE A LAQUELLE DOIVENT ETRE ENVOYEEES LES INFORMATIONS RELATIVES AU SEJOUR (Trousseau, horaires...)

NOM (établissement, parents, tuteur) :

Adresse :

CP : VILLE :  :

Adresse mail :@.....

AUTONOMIE

Je m'inscris en : **Séjour bleu** ☐ **Séjour Orange** ☐ **Séjour rose** ☐ **Séjour vert** ☐ **Séjour violet** ☐

WEEK-END CHOISI :

Choix week-end : Dates : du/...../..... au/...../.....

Départ de : ☐ La Ricamarie ☐ Bron ☐ Mably ☐ sur place **Retour à** : ☐ La Ricamarie ☐ Bron ☐ Mably ☐ sur place

ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION :

- ▶ Je prends l'assurance annulation et interruption : oui ☐ (voir les garanties sur le catalogue)
- ▶ Je ne souhaite pas prendre d'assurance : ☐ (cocher la case)

Si aucune case n'est cochée AVL considérera que vous ne souscrivez pas à l'assurance.

Aucune souscription ultérieure à l'inscription ne sera acceptée et vous ne pourrez prétendre à aucun remboursement.



Attention : si vous souscrivez à l'assurance, vous devez **obligatoirement la régler** avec votre acompte

Pour valider votre inscription :

Je joins **un chèque** correspondant au montant du week-end + **adhésion** 30 € de € (à compléter)

MERCI DE REpondre AUX QUESTIONS SUIVANTES

Lieu de vie : en famille ☐ en appartement ☐ en établissement ☐ Précisez (MAS, SAJ, etc.).....
 Adresse du lieu de vie.....
 Si je suis en couple, pendant mes vacances, je souhaite partager la même chambre oui ☐ non ☐ le même lit oui ☐ non ☐
 avec (indiquez le nom de la personne)
 Je travaille : oui ☐ non ☐ si OUI, je travaille : en journée : ☐ en ½ journée ☐
 Type d'établissement : ESAT ☐ milieu ordinaire ☐ Atelier protégé ☐

Merci de cocher les cases : **Oui** **non** **avec aide** **Oui** **non** **avec aide**

HYGIENE

Je m'habille seul(e) ☐ ☐ ☐ Je me lave seul(e) ☐ ☐ ☐
 Je me brosse les dents seul(e) ☐ ☐ ☐ Je me rase seul ☐ ☐ ☐

AUTONOMIE

Je marche seul(e) ☐ ☐ ☐ Je mange seul(e) ☐ ☐ ☐
 Je suis un traitement ☐ ☐ ☐ Je vais aux toilettes seul(e) ☐ ☐ ☐
 Je le prends seul(e) ☐ ☐ ☐
 Je peux sortir seul(e) ex : pour achat dans un commerce à proximité ☐ ☐

BESOINS EN MATERIEL MEDICAL ET SOINS INFIRMIERS

J'ai besoin d'une infirmière ☐ ☐	appareil de ventilation nocturne (<i>à fournir</i>) ☐ ☐	} Séjours vert et violet
1 fois/jour ☐ 2 fois/jour ☐	lit médicalisé + barrières ☐ ☐	
Pour quels soins	matelas spécifique ☐ ☐	
Fauteuil électrique ☐ ☐	lit douche (<i>à fournir</i>) pas de loc possible ☐ ☐	
Fauteuil manuel ☐ ☐	chaise pot (<i>à fournir</i>) pas de loc possible ☐ ☐	
En permanence ☐ ☐	déambulateur ☐ ☐	}
Pour l'extérieur ☐ ☐	lève-personne ☐ ☐	

Pendant le voyage je peux être assis

sur une banquette de minibus ☐
 obligatoirement sur mon fauteuil ☐

(pas de location de matériel médical possible pour les week-ends)

APTITUDES

Je monte et descends les escaliers ☐ ☐ ☐	malvoyant ☐ ☐
Je marche + 2 km ☐ ☐	je porte des lunettes ☐ ☐
Je me fatigue vite (-500m) ☐ ☐	non voyant ☐ ☐
Je peux dormir en lit superposé ☐ ☐	malentendant ☐ ☐
Je parle : couramment ☐ un peu ☐ pas du tout ☐	non entendant ☐ ☐
Je sais lire ☐ ☐	Je sais écrire ☐ ☐

COMPORTEMENT

Je suis sociable ☐ ☐ Je m'intègre facilement au groupe ☐ ☐
 Je me lève dans la nuit ☐ ☐ je dors la nuit ☐ ☐
 J'ai une déficience intellectuelle ☐ ☐ Précisez :
 Je fugue : souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐
 Je présente des manifestations agressives envers les autres : souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐
 Précisez

Je présente des manifestations agressives envers moi-même : souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐
 Précisez

J'ai des troubles du comportement : lesquels et dans quelles situations ?

Indications ou contre-indication particulières

Autres informations importantes sur les habitudes de vie, besoin particulier :

Je certifie avoir pris connaissance de la charte de qualité du CNLTA, à laquelle adhère A.V.L., ainsi que des conditions d'inscription, de vente et d'assurance annulation et/ou interruption d'A.V.L.

Certifié exact à : le :

Signature :

NOM Prénom* :

N° Tel* :

Adresse mail* :

* renseignements et signature obligatoires