



NOM : **Prénom :** **Nationalité :** **Âge :**

Né (e) le :/...../..... **À :** **Sexe :** M ☐ F ☐

Je suis : Sous tutelle : ☐ **Sous curatelle :** ☐ **Sous la responsabilité de mes parents :** ☐ **Responsable majeur :** ☐



Personne(s) à contacter en cas d'urgence lors du séjour :
JOIGNABLE 24H/24 (jours fériés, samedis, dimanches)
Numéro(s) obligatoire(s) :
 ou/et

Adresse à laquelle doit être envoyé le dossier d'inscription :

NOM (établissement parent, tuteur) : **Prénom :**

Adresse : **CP :** **VILLE :**



:@.....



:

Coordonnées du tuteur :

NOM (établissement parent, tuteur) : **Prénom :**

Adresse : **CP :** **VILLE :**



:@.....



:

Adresse à laquelle doit être envoyée la facture :

NOM (établissement parent, tuteur) : **Prénom :**

Adresse : **CP :** **VILLE :**



:@.....



:

Adresse à laquelle doivent être envoyées les informations du séjour (trousseau, horaires) :

NOM (établissement parent, tuteur) : **Prénom :**

Adresse : **CP :** **VILLE :**



:@.....



:

AUTONOMIE (je m'inscris en : cocher la case) cf. catalogue

Séjour bleu ☐ - **Séjour orange** ☐ - **Séjour rose** ☐ - **Séjour vert** ☐ - **Séjour violet** ☐

Séjour(s) choisi(s) :

1^{er} choix : **Dates :** du/...../..... **Au**/...../.....

2^d choix : **Dates :** du/...../..... **Au**/...../.....

Départ de : La Ricamarie ☐ - Bron ☐ - Mably ☐ - Sur le lieu des vacances ☐

Retour à : La Ricamarie ☐ - Bron ☐ - Mably ☐ - Sur le lieu des vacances ☐

ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION

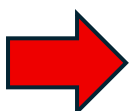
→ Je prends **l'assurance annulation et interruption** (voir garanties sur le catalogue) : **OUI** ☐

→ Je ne souhaite pas prendre d'assurance : ☐ **(cocher la case)**



Si aucune case n'est cochée, AVL considèrera 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.



POUR VALIDER VOTRE INSCRIPTION

Joindre un chèque à l'ordre de « AVL La Ricamarie »

Ou faire un virement : **CREDIT COOPERATIF : IBAN : FR76 4255 9100 0008 0029 2568 511 – BIC : CCOPFRPPXXX**

Acompte de 30 % + Adhésion ANNUELLE de 40.00 € + assurance (si souscrite) soit : €. (À compléter)

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Lieu de vie : en famille ☐ en appartement ☐ en établissement ☐ (précisez MAS, EAM etc.)

Nom de l'établissement :

Adresse : CP : VILLE :



:@.....



:

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)

+ JOINDRE UNE ATTESTATION signée par les 2 parties.

Je travaille : oui ☐ non ☐

SOINS INFIRMIERS ET MATERIEL MEDICAL (DURANT LE SEJOUR)

→ J'ai besoin de soins infirmiers : 1 fois/jour ☐ 2 fois/ jour ☐



Pas de passage infirmier 3 fois/ jour

Pour quels soins :

- Pas de passage pour les distributions traitement

(Le pilulier doit être préparé pour la durée totale du séjour, accompagné de l'ordonnance correspondante) en cours de validité

- Pas de pose de bas de contention **(Les bas de contention sont mis par les animateurs)**
- Le traitement par gouttes nécessite un **passage infirmier (si comptage des gouttes) SAUF COLLYRE**

→ Je suis un traitement OUI ☐ NON ☐

- Si OUI, je le prends seul(e) OUI ☐ NON ☐

→ Fauteuil électrique OUI ☐ NON ☐

→ Fauteuil manuel OUI ☐ NON ☐ Si OUI : est-il pliable ? OUI ☐ NON ☐

- En permanence ? OUI ☐ NON ☐
- Pour l'extérieur ? OUI ☐ NON ☐

→ **Pendant le voyage, je peux être assis(e) :**

- Sur la banquette du minibus ☐
- Obligatoirement sur mon fauteuil ☐

→ Location matériel médical durant le séjour :

- Lit médicalisé OUI ☐ NON ☐ avec barrières OUI ☐ NON ☐
- Matelas spécifique OUI ☐ NON ☐ (attention uniquement à eau ou à air, en location, **sinon à fournir**)
- Lève-personne OUI ☐ NON ☐ (Poids et taille du vacancier :kgcm)

Sangles à fournir pour chaque vacancier

**UNIQUEMENT
POUR
LES
SEJOURS
VERT
ET
VIOLET**

→ Matériel à fournir car aucune location possible :

- Lit douche OUI ☐ je le(la) fournis NON ☐ le vacancier n'en a pas besoin
- Chaise pot OUI ☐ je le(la) fournis NON ☐ le vacancier n'en a pas besoin
- Chaise douche OUI ☐ je le(la) fournis NON ☐ le vacancier n'en a pas besoin
- Déambulateur OUI ☐ je le(la) fournis NON ☐ le vacancier n'en a pas besoin

Pour une bonne organisation de chaque séjour, les ordonnances pour la location du matériel médical doivent nous parvenir 2 mois avant la date du début du séjour.

Faire noter sur l'ordonnance « location, livraison et installation, et dates du séjour »

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

Certifié exact à : Le/...../.....

NOM Prénom :

Signature :

A envoyer à : inscription.vacanciers@avl42.fr

Ou par courrier à AVL ZA du Crêt de Mars 42150 LA RICAMARIE

Sans ces renseignements, l'inscription ne sera pas étudiée, et vous sera renvoyée.