

A renvoyer à ZA du Crêt de mars- 42150 LA RICAMARIE avec le **chèque d'acompte joint obligatoirement.**

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 lors du séjour : **JOIGNABLE 24H/24 (jours fériés, samedis, dimanches)** :
Numéro obligatoire ☎ (ou)

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

NOM : Adresse :

CP : VILLE : ☎ :

Adresse mail :@.....

COORDONNEES DU TUTEUR :

NOM : Prénom : ☎ :

Adresse CP : VILLE :

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 DU SEJOUR (Trousseau, horaires...)

NOM (établissement, parents, tuteur) :

Adresse :

CP : VILLE : ☎ :

Adresse mail :@.....

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

Séjour bleu



Accompagnement simple: de A 111 à B 123

Séjour vert



Accompagnement renforcé: de B 333 à D 433

Séjour Orange



Accompagnement soutenu: de B 131 à B 323

Séjour violet



Accompagnement renforcé: de B 333 à D 433

SEJOUR(S) CHOISI(S) :

CHOIX N°1 : Dates : du/...../..... au/...../.....

CHOIX N°2 : Dates : du/...../..... au/...../.....

Départ de : La Ricamarie Lyon Roanne **Retour à :** La Ricamarie Lyon Roanne
 sur le lieu de vacances sur le lieu de vacances

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 (acompte 30 % + adhésion 30 € + assurance si souscrite) de € (à compléter)

MERCİ DE REPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES

Lieu de vie : en famille en appartement en établissement Précisez (MAS, SAJ, etc.).....

Adresse du lieu de vie

Nom de l'établissement : Adresse mail :

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 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je me lave seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me brosse les dents seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je me rase seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTONOMIE

Je marche seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je mange seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis un traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je vais aux toilettes seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je le prends seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Je peux sortir seul(e) ex : pour achat dans un commerce à proximité					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MATERIEL MEDICAL ET SOINS INFIRMIERS

J'ai besoin d'une infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	appareil de ventilation nocturne (<i>à fournir</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1 fois/jour <input type="checkbox"/> 2 fois/jour <input type="checkbox"/>				lit médicalisé + barrières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	} Séjours vert et violet uniquement.
Pour quels soins				matelas spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Les infirmières ne passent pas pour pose bas contention)				Si oui, quel type de matelas :			
Fauteuil électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(à eau ou à air, en location) sinon à fournir			
Besoin d'une ordonnance pour louer un fauteuil manuel en cas de panne.							
Fauteuil manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lit douche (<i>à fournir</i>) pas de loc possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
↳ Si oui, est-il pliable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chaise pot (<i>à fournir</i>) pas de loc possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En permanence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pour l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lève-personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

↳ Poids et taille du vacancier : Kg & cm

Pendant le voyage je peux être assis

sur une banquette de minibus
obligatoirement sur mon fauteuil

INDISPENSABLE pour loc. matériel

Les ordonnances pour le matériel médical, doivent nous être adressées 2 mois avant le départ, avec attestations CPAM et MUTUELLE (dates valides). ATTENTION : AUCUNE RELANCE NE SERA FAITE PAR TEL OU MAIL SANS CES ORDONNANCES, NOUS CONSIDERONS QUE LE VACANCIER N'A BESOIN D'AUCUN MATERIEL

APTITUDES

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

COMPORTEMENT

Je suis sociable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je m'intègre facilement au groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me lève dans la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	je dors la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai une déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :		
Je fugue : souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>						
Je présente des manifestations agressives envers les autres : souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>						
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