

**À retourner avant le 30 avril 2026**

### Mes coordonnées

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse de mon lieu de vie : .....

Je vie : ☐ Foyer d'hébergement ☐ Foyer de vie ☐ M.A.S. ☐ F.A.M.  
☐ Structure hospitalière ☐ E.H.P.A.D ☐ Logement Autonome  
☐ Famille ☐ Famille d'accueil  
☐ Service d'accompagnement, Précisez : ..... ☐ Autre, Précisez : .....

**Précisez le nom de l'organisme / foyer :** .....

**Numéro de téléphone joignable 24 h/24 (OBLIGATOIRE) :** .....

**Photo  
d'identité  
obligatoire**

(récente de moins  
de 3 mois)

### Personne chargée de l'inscription

Nom : .....

Prénom : .....

### Séjour choisi

Nom du séjour : .....

Dates du séjour : .....

### Convocation à adresser à :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

### Facturation à adresser à :

Organisme : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

Je suis sous un régime de protection juridique :

☐ NON

☐ TUTELLE

☐ CURATELLE

### À joindre avec la fiche d'inscription :

☐ Photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité.

☐ Photocopie de votre carte d'invalidité en cours de validité.



# ➤ Dossier d'inscription

DI

■ **Avez-vous des frères et sœurs ?** Oui ☐ Non ☐

■ **Donner leurs prénoms :** .....

.....

.....

## ■ **Votre Niveau d'autonomie**

### ● **Autonomie**

Bonne autonomie, sociable, dynamique, pratique, présence discrète de l'encadrement. ☐

Autonomie relative ☐

Nécessité d'intervention dans différents domaines (prise de médicaments, argent de poche, activités...)

Stimuler dans les actes de la vie courante (toilette, habillage). Accompagnement actif.

Non autonome. Aide effective dans les actes de la vie quotidienne. Encadrement constant. ☐

Prise en charge très importante, rapprochée et permanente, nécessitant des locaux et matériels appropriés. ☐

### ● **Physique**

Pas de problème moteur, bon marcheur ☐

Pas de problème moteur. Se déplace sans difficulté pour de petites « promenades ». Fatigable. ☐

Problèmes moteurs. Marche avec l'aide « ponctuelle » d'un tiers, d'un appareillage particulier ou d'un fauteuil roulant. ☐

Personne ne quittant pas ou peu de son fauteuil. Dépendant d'une tierce personne. ☐

### ● **Comportement**

Comportement sociable, ne laissant pas apparaître de problème particulier. ☐

Comportement ritualisé repérable, instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger, mais pouvant avoir des périodes de grande angoisse et de retrait. ☐

Comportement instable et atypique. ☐

Période de grande angoisse par crise.

Risque d'automutilation et/ou d'agression.

### ● **Communication verbale**

Possède le langage ☐

Compréhension générale, mais langage pauvre ☐

Verbalisation inexistante. ☐

Mode de communication très complexe

## **Renseignements pratiques**

### ● **Aptitude à se déplacer**

Fauteuil roulant manuel Oui ☐ Non ☐

Fauteuil électrique Oui ☐ Non ☐

Difficultés motrices Oui ☐ Non ☐

Fatigable à la marche Oui ☐ Non ☐

Marche plus d'1 km Oui ☐ Non ☐

Peut monter un escalier sans difficulté Oui ☐ Non ☐

Station debout pénible Oui ☐ Non ☐

Béquilles ou Cannes Oui ☐ Non ☐

Coquille orthopédique Oui ☐ Non ☐

### ● **Autonomie**

Avez-vous besoin d'aide pour :

- Manger Oui ☐ Non ☐

- Se laver Oui ☐ Non ☐

- S'habiller Oui ☐ Non ☐

- Aller aux w.-c. Oui ☐ Non ☐

Êtes-vous propre le jour ? Oui ☐ Non ☐

Êtes-vous propre la nuit ? Oui ☐ Non ☐

Dormez-vous bien ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des difficultés d'endormissement ? Oui ☐ Non ☐

Vous occupez-vous de votre linge ? Oui ☐ Non ☐

Gérez-vous votre argent de poche ? Oui ☐ Non ☐

### ● **Aptitude de communication et de comportement**

Savez-vous lire ? Oui ☐ Non ☐

Savez-vous écrire ? Oui ☐ Non ☐

Parlez-vous facilement ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des difficultés auditives ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des difficultés visuelles ? Oui ☐ Non ☐

Portez-vous des lunettes ? Oui ☐ Non ☐

(Renseignements médicaux pour les verres à nous joindre)

Êtes-vous non voyant ? Oui ☐ Non ☐

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

Avez-vous des troubles du comportement ? Oui ☐ Non ☐

Vous arrive-t-il de partir sans prévenir ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des comportements dangereux pour les autres et pour lui-même ? Oui ☐ Non ☐

(Y compris dans l'expression de sa sexualité) ?

Êtes-vous agressif ? Oui ☐ Non ☐

Portez-vous des prothèses ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles ? .....

Relations avec l'extérieur ? .....

Relations avec l'encadrement ? .....

### ● **Courrier**

À qui pouvez-vous écrire pendant le séjour ? Précisez qui sont ces personnes pour vous (grands-parents, parents, amis...) et donnez leurs coordonnées :



# ➤ Dossier d'inscription

DI

## ● Loisirs

Quelles activités vous pratiquez ou avez-vous déjà pratiquées. Cochez les cases correspondantes :

- Camping ☐    - Équitation ☐    - Bateau ☐  
- Tennis ☐    - Natation ☐    - Autres (précisez) :

.....  
.....  
.....

## ● Comment occupez-vous votre « temps libre » ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ● Informations sur la vie quotidienne

Afin de mieux vous connaître, quelles sont vos « petites habitudes » :

- Le réveil : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Composition du petit-déjeuner : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- La toilette : .....

.....  
.....  
.....  
.....

- Le coucher : .....

.....  
.....  
.....

## ● Autres informations importantes à connaître

Êtes-vous asthmatique ?                      Oui ☐ Non ☐

Êtes-vous épileptique ?                      Oui ☐ Non ☐

Si oui, manifestation habituelle : .....

.....

Fréquence : .....

Précautions particulières à prendre pendant le séjour,  
incidents à craindre : .....

Êtes-vous soumis à un régime alimentaire ?    Oui ☐ Non ☐

Lequel ? : .....

La nourriture doit-elle être mixée ?                      Oui ☐ Non ☐

La nourriture doit-elle être hachée ?                      Oui ☐ Non ☐

Êtes-vous fumeur ?                      Oui ☐ Non ☐

Gérez-vous votre consommation ?                      Oui ☐ Non ☐

Si non, préciser la gestion de votre consommation : .....

.....  
.....

Savez-vous nager ?                      Oui ☐ Non ☐

La baignade est-elle autorisée ?

Oui ☐ Non ☐

## ● Traitement

Avez-vous un traitement ?

Oui ☐ Non ☐

Gérez-vous seul votre traitement ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous besoin de soins infirmiers ?

Oui ☐ Non ☐

Précisez : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ● Contre-indications

- Alcool : .....

.....  
.....

- Alimentaires : .....

.....  
.....

- Sportives : .....

.....  
.....

- Divers : .....

.....  
.....



## ➤ Dossier d'inscription

## ● Rapport de comportement

**À remplir obligatoirement.** Merci de nous indiquer tous les éléments/informations que vous jugez utiles et importants afin de permettre un accompagnement le plus adapté possible et favoriser votre bien-être.

[illegible][illegible]













**Pour chaque inscription, remplissez le dossier d'inscription et le dossier médical**

Dossier  
à caractère  
confidentiel

**Nom du Vacancier:** .....

Age: ..... Poids: ..... Taille: .....

Coordonnés Médecin Traitant: .....

.....

### ■ Renseignements médicaux

Description aussi précise que possible du handicap: .....

.....

.....

### ■ Examen

- Cardiaque: .....

- Pulmonaire: .....

- Digestif: .....

- Uro-génital: .....

### ■ Rapport de comportement

Troubles de la vue? ..... Oui ☐ Non ☐

Troubles de l'ouïe? ..... Oui ☐ Non ☐

Troubles caractériels? ..... Oui ☐ Non ☐

Troubles de la parole ..... Oui ☐ Non ☐

Énurésie? ..... Oui ☐ Non ☐

Encoprésie? ..... Oui ☐ Non ☐

Éthylisme? ..... Oui ☐ Non ☐

Asthme? ..... Oui ☐ Non ☐

Doit-on s'attendre à des crises comitiales? ..... Oui ☐ Non ☐

Manifestation habituelle: .....

Fréquence: .....

Maladie et accidents (dates): .....

Interventions chirurgicales récentes: .....

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre: .....

.....

Age d'apparition des règles (pour les filles): .....

Sont-elles régulières: ..... Oui ☐ Non ☐

Sont-elles douloureuses: ..... Oui ☐ Non ☐

Contraception? ..... Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel? .....

Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire? ..... Oui ☐ Non ☐

Lequel? .....

Les prescriptions: .....

La nourriture doit-elle être mixée?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pré-hachée?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Allergies connues: Alimentaires ☐ .....

Médicamenteuses ☐ .....

Tous les vaccins sont-ils à jour? ..... Oui ☐ Non ☐

Est-il fumeur? ..... Oui ☐ Non ☐

La baignade est-elle autorisée? ..... Oui ☐ Non ☐

Sait-il nager? ..... Oui ☐ Non ☐



# ➤ Fiche de liaison (d'urgence)

## ■ Traitement

Traitement : le vacancier est-il soumis à un traitement permanent ?

Oui ☐ Non ☐

Le vacancier prend-il ses médicaments seul ?

Oui ☐ Non ☐

A-t-il besoin de soins infirmiers ?

Oui ☐ Non ☐

Précisez : .....

.....

.....

.....

**Remettre obligatoirement, au moment de départ, les médicaments en quantité suffisante au Responsable ou à son représentant, l'ordonnance médicale, un **semainier**, la **photocopie du carnet de vaccinations** et éventuellement la prescription pour les régimes alimentaires.**

## ■ Observations ou autres indications médicales

.....

.....

.....

## ■ Contre-indications

Alimentaires : .....

Sportives : .....

Baignades : .....

Boissons alcoolisées : .....

Divers : .....

.....

.....

## Certificat d'admission en séjour de vacances

Je soussigné, Docteur .....

certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical,

certifie que l'adulte .....

peut être admis dans le séjour de vacances choisi.

À ..... Le .....

**Signature et cachet du médecin.**