

DOSSIER D'INSCRIPTION

**CE DOCUMENT RECTO EST A REMPLIR PAR LA TUTELLE et à nous envoyer directement
LES PAGES SUIVANTES sont à remplir par l'établissement ou la famille**

Ce dossier vaut pour inscription définitive

CAP PICARDIE Vacances Adaptées

529 Rue de l'Empire

60600 AGNETZ

03 44 50 68 31

cap.picardie@hotmail.fr

site internet: cappicardie.com

DATE LIMITE D'ENVOI:
dans les 15 jours ouvrables suivant l'inscription
à détacher ou photocopier

**PHOTO
NUMERIQUE
DE L'ANNEE
EN COURS
OBLIGATOIRE**
La photo doit
nous être mailée
Merci

avec 30% D'ARRHES + Argent de Poche : €
+ adhésion annuelle de 8 € sur le même chèque

LIEU DE SEJOUR :

| | | | | | |
|------------|--------------------------|-----|--|---|--|
| DATES: | | du: | | Lieu de départ / retour choisi: | |
| cocher | | au: | | | |
| 14 JOURS | <input type="checkbox"/> | | | (voir les propositions dans le catalogue) | |
| 21 JOURS | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 28 JOURS | <input type="checkbox"/> | | | | |
| AUTONOMIE: | | | | BONNE | |
| | | | | MOYENNE | |
| | | | | FAIBLE | |

LE VACANCIER

| | |
|---------------------------|-------|
| NOM | ..... |
| PRENOM | ..... |
| N°SECURITE SOCIALE | ..... |
| DATE ET LIEU DE NAISSANCE | ..... |
| TELEPHONE | ..... |

NOM ETABLISSEMENT D'ORIGINE OU FAMILLE:

| | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|--|--|---|
| Type d'Etablissement | <input type="checkbox"/> Foyer de Vie | <input type="checkbox"/> Foyer d'Hébergement | <input type="checkbox"/> Foyer Occupationnel | <input type="checkbox"/> Foyer Appartements |
| | <input type="checkbox"/> E.S.A.T | <input type="checkbox"/> Résidence Accueil | <input type="checkbox"/> Famille d'Accueil | <input type="checkbox"/> Autre : Précisez |
| | <input type="checkbox"/> M.A.S | <input type="checkbox"/> F.A.M | <input type="checkbox"/> E.P.A.H.D | |
| NOM | ..... |  |  |  |
| CHEF DE SERVICE: | ..... |  |  |  |
| ADRESSE | ..... |  |  |  |
| CODE POSTAL | ..... |  |  |  |
| VILLE | ..... |  |  |  |
| TELEPHONE (fixe) | ..... |  |  |  |
| ADRESSE MAIL |@..... | | | |
| PORTABLE INDISPENSABLE | ..... |  |  |  |

POUR ENVOYER LES HORAIRES

| | |
|-------------|-------|
| NOM | ..... |
| PRENOM | ..... |
| ADRESSE | ..... |
| CODE POSTAL | ..... |
| VILLE | ..... |
| TELEPHONE | ..... |

POUR ENVOYER LA LISTE VETURE

| | |
|-------------|-------|
| NOM | ..... |
| PRENOM | ..... |
| ADRESSE | ..... |
| CODE POSTAL | ..... |
| VILLE | ..... |
| TELEPHONE | ..... |

TUTEUR :

| | |
|---------------|-------------|
| NOM ORGANISME | ..... |
| NOM PRENOM | ..... |
| ADRESSE | ..... |
| CODE POSTAL | ..... |
| VILLE | ..... |
| TELEPHONE | ..... |
| ADRESSE MAIL |@..... |

QUI SERA PREvenu EN CAS D'URGENCE

(Maladie, Accident, Problème lors du jour de départ et du retour)

| | |
|-------------------------------|---------------|
| NOM | ..... |
| PRENOM | ..... |
| ADRESSE | ..... |
| CODE POSTAL | ..... |
| VILLE | ..... |
| TELEPHONE (fixe + faxe) | + |
| ADRESSE MAIL |@..... |
| PORTABLE INDISPENSABLE | ..... |

ATTESTATION DU SIGNATAIRE:

Je soussigné:

agissant en qualité de:

déclare avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue CAP PICARDIE et autorise le responsable du séjour de vacances, après consultation d'un médecin, en cas d'urgence, à faire donner tous les soins médicaux que nécessiterait l'état de santé du résident et déclare qu'il n'y a pas d'interdiction médicale à suivre les activités prévues dans le descriptif du séjour.

CERTIFIE EXACT, LU ET APPROUVE à

le.....

signature:

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES
A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

NOM: _____

Prénom: _____

| | | |
|---|---------|-----------------|
| AUTONOMIE: | BONNE | GROUPE SANGUIN: |
| | MOYENNE | |
| | FAIBLE | |
| PATHOLOGIE / NATURE DU HANDICAP: | | |

| |
|---------|
| TAILLE: |
| POIDS: |
| YEUX: |

| MEDICAL | OUI | NON | PRECISIONS | | |
|--|-----|-----|--|-----|-----------|
| HANDICAP MOTEUR (appelez nous car nos locations ont toutes un étage!) de ce fait nous ne pouvons accueillir de personne en fauteuil | | | FAUTEUIL ROULANT <input type="checkbox"/> EN PERMANENCE <input type="checkbox"/> OCCASIONNELLEMENT DEAMBULATEUR <input type="checkbox"/> EN PERMANENCE <input type="checkbox"/> OCCASIONNELLEMENT | | |
| DIABETIQUE INSULINO DEPENDANT Merci de remplir la fiche "DIABETE" que vous trouverez dans le catalogue | | | Fois par jour ou Dextro Fois par semaine | | |
| EPILEPSIE SI OUI, STABILISEE ? Joindre tous renseignements nécessaires au dossier | | | | | |
| MALADIE CHRONIQUE Si oui joindre tous renseignements nécessaires au dossier | | | | | |
| CARDIOPATHIE Si oui joindre tous renseignements nécessaires au dossier | | | | | |
| | OUI | | OCCASIONNELLE | NON | PRECISION |
| ENURESIE Si oui, aléze dans la valise, merci | | | | | |
| ENCOPRESIE Si oui, aléze dans la valise, merci | | | | | |
| | OUI | NON | PRECISIONS | | |
| LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES SONT-ELLES A JOUR? | | | | | |
| antécédent PHLEBITE | | | | | |
| TROUBLES DU SOMMEIL Se lève tôt _____ Se couche tard _____ Dort peu _____ Dort beaucoup _____ A peur de l'obscurité _____ A des difficultés à s'endormir _____ Se réveille la nuit _____ A des angoisses nocturnes _____ A des insomnies _____ Fait la sieste _____ | | | | | |
| ALLERGIES Si oui * MEDICAMENTEUSES | | | nom du/des médicament(s) : | | |
| * ALIMENTAIRES | | | aliment(s) : | | |
| * AUTRE (précisez) : | | | | | |
| FEMMES : CONTRACEPTION | | | type: | | |
| PHOBIE | | | | | |
| ACTIVITES SPORTIVES ET LOISIRS SAIT FAIRE UN CHOIX PARMIS PLUSIEURS ACTIVITES | OUI | NON | PRECISIONS | | |
| PRATIQUE REGULIEREMENT UNE ACTIVITE SPORTIVE (précisez) | | | | | |
| PRATIQUE REGULIEREMENT UNE ACTIVITE DE LOISIRS (précisez) | | | | | |
| PEUT SOUTENIR SON ATTENTION DE MANIERE PROLONGEE (durée d'un film, d'un spectacle) | | | | | |
| A DÉJÀ DORMI SOUS TENTE, CARAVANE, MOBIL HOME | | | | | |
| PEUT PRENDRE LES REPAS EN DEHORS DU LIEU DE SEJOUR HABITUEL | | | | | |
| CONTRE INDICATION A SORTIR LE SOIR | | | | | |

NOM: _____
Prénom: _____

| MOTRICITE | OUI | NON | PRECISIONS |
|-------------------------------|-----|-----|------------|
| APPAREILLAGE SPECIFIQUE | | | |
| FATIGABILITE | | | |
| BON MARCHEUR | | | |
| MONTER SUR UN LIT SUPERPOSE | | | |
| MONTER DES ESCALIERS | | | |
| EMPRUNTER UN ESCALIER ROULANT | | | |
| SAIT FAIRE DU VELO | | | |
| EST DEJA MONTE A CHEVAL | | | |
| SAIT NAGER | | | |

| QUOTIDIEN | OUI | NON | PRECISIONS |
|-------------------------------|-----|-----|------------|
| SORTIE SEUL AUTORISEE | | | |
| SE REPERE DANS L'ESPACE | | | |
| MEMORISE UN LIEU A ATTEINDRE | | | |
| MEMORISE UN TRAJET | | | |
| S'ADAPTE A DES LIEUX NOUVEAUX | | | |
| SUPPORTE LES LIEUX PUBLICS | | | |
| LIT LES PANNEAUX INDICATEURS | | | |
| SAIT DEMANDER SON CHEMIN | | | |
| SAIT LIRE L'HEURE | | | |
| SE REPERE DANS LE TEMPS | | | |
| SAIT ECRIRE | | | |
| SAIT LIRE | | | |
| LECTURE LABIALE | | | |
| SAIT COMPTER | | | |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|-----------------|
| ARGENT POCHE VERSE A L'ASSOCIATION | | | |
| GERE SEUL DURANT LE SEJOUR | | | SOMME MAXIMUM : |
| AUTONOME | | | |
| OUI SUR DES PETITES SOMMES | | | |
| AVEC INTERVENTION DE L'EDUCATEUR | | | |

| | | | |
|-----------------------------|--|--|--|
| GESTION DU TROUSSEAU | | | |
| CONNAIT SON SCHEMA CORPOREL | | | |

| FUMEUR | AUTONOME | GERE SES CIGARETTES DE LA JOURNEE | NE GERE PAS | PRECISIONS |
|------------------------|----------|-----------------------------------|-------------|------------------------|
| GESTION DES CIGARETTES | | | | NBRE CIGARETTES/JOUR : |

| | | | | |
|-------------------------------------|----------|-------------------|----------------------------------|------------|
| | AUTONOME | AVEC GUIDAGE VOIX | AVEC INTERVENTION DE L'EDUCATEUR | PRECISIONS |
| TOILETTE SEUL(E) | | | | |
| SE BROSSE LES DENTS | | | | |
| SE RASE | | | | |
| SE COIFFE | | | | |
| HABILLEMENT SEUL(E) | | | | |
| CHANGE SES VETEMENTS/SOUS VETEMENTS | | | | |
| RECONNAIT SES VETEMENTS | | | | |
| SE CHAUSSE | | | | |
| MANGE | | | | |
| BOIT | | | | |

| | OUI | NON | PRECISIONS |
|---|----------|-----|------------|
| FAUT IL MIXER LES ALIMENTS? | | | |
| REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE | | | |
| Si oui joindre tous renseignements nécessaires au dossier | | | |
| RISQUE DE FAUSSE ROUTE | | | |
| TROUBLES ALIMENTAIRES | | | |
| | ANOREXIE | | |
| | BOULIMIE | | |
| | AUTRE | | |

| SOCIABILITE | FACILE | A ENCOURAGER | DIFFICILE/A PROSCRIRE | PRECISIONS |
|----------------------|--------|--------------|-----------------------|------------|
| RELATION ENCADREMENT | | | | |
| RELATION RESIDENTS | | | | |
| RELATION ENFANTS | | | | |
| RELATION ANIMAUX | | | | |

NOM: _____

Prénom: _____

| MOTRICITE | OUI | NON | PRECISIONS |
|-------------------------------|-----|-----|------------|
| APPAREILLAGE SPECIFIQUE | | | |
| FATIGABILITE | | | |
| BON MARCHEUR | | | |
| MONTER SUR UN LIT SUPERPOSE | | | |
| MONTER DES ESCALIERS | | | |
| EMPRUNTER UN ESCALIER ROULANT | | | |
| SAIT FAIRE DU VELO | | | |
| EST DEJA MONTE A CHEVAL | | | |
| SAIT NAGER | | | |

| QUOTIDIEN | OUI | NON | PRECISIONS |
|-------------------------------|-----|-----|------------|
| SORTIE SEUL AUTORISEE | | | |
| SE REPERE DANS L'ESPACE | | | |
| MEMORISE UN LIEU A ATTEINDRE | | | |
| MEMORISE UN TRAJET | | | |
| S'ADAPTE A DES LIEUX NOUVEAUX | | | |
| SUPPORTE LES LIEUX PUBLICS | | | |
| LIT LES PANNEAUX INDICATEURS | | | |
| SAIT DEMANDER SON CHEMIN | | | |
| SAIT LIRE L'HEURE | | | |
| SE REPERE DANS LE TEMPS | | | |
| SAIT ECRIRE | | | |
| SAIT LIRE | | | |
| LECTURE LABIALE | | | |
| SAIT COMPTER | | | |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|-----------------|
| ARGENT POCHE VERSE A L'ASSOCIATION | | | |
| GERE SEUL DURANT LE SEJOUR | | | SOMME MAXIMUM : |
| AUTONOME | | | |
| OUI SUR DES PETITES SOMMES | | | |
| AVEC INTERVENTION DE L'EDUCATEUR | | | |

| GESTION DU TROUSSEAU | OUI | NON | PRECISIONS |
|-----------------------------|-----|-----|------------|
| CONNAIT SON SCHEMA CORPOREL | | | |

| FUMEUR | OUI | NON | PRECISIONS |
|------------------------|----------|-----------------------------------|----------------------------------|
| | AUTONOME | GERE SES CIGARETTES DE LA JOURNEE | NE GERE PAS |
| GESTION DES CIGARETTES | | | NBRE CIGARETTES/JOUR : |
| | AUTONOME | AVEC GUIDAGE VOIX | AVEC INTERVENTION DE L'EDUCATEUR |

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|
| TOILETTE SEUL(E) | | | |
| SE BROSSE LES DENTS | | | |
| SE RASE | | | |
| SE COIFFE | | | |
| HABILLEMENT SEUL(E) | | | |
| CHANGE SES VETEMENTS/SOUS VETEMENTS | | | |
| RECONNAIT SES VETEMENTS | | | |
| SE CHAUSSE | | | |
| MANGE | | | |
| BOIT | | | |

| | OUI | NON | PRECISIONS |
|---|-----|-----|------------|
| FAUT IL MIXER LES ALIMENTS? | | | |
| REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE | | | |
| Si oui joindre tous renseignements nécessaires au | | | |

NOM: _____

Prénom: _____

| SOCIABILITE | | | |
|---|-----|-----|------------|
| | OUI | NON | PRECISIONS |
| TRoubles DU COMPORTEMENT | | | |
| TRouble DU CARACTERE | | | |
| TRoubles DE LA VUE MALVOYANT NON VOYANT LUNETTES/LENTILLES | | | |
| TRoubles DE L'OUIE MALENTENDANT SURDITE APPAREILLAGE SPECIFIQUE | | | |
| PORT D'UNE PROTHESE DENTAIRE AMOVIBLE | | | |
| EXPRESSION FACILE | | | |
| COMPREHENSIF | | | |
| COMPREHENSIBLE TROUBLES DE LA PAROLE | | | |
| COMMUNIQUE PAR LE LANGAGE VERBAL | | | |
| UTILISATION D'UNE LANGUE GESTUELLE (langage des Signes...) | | | |
| UTILISATION D'UNE LANGUE GESTUELLE TACTILE | | | |
| COMMUNIQUE AVEC DES ATTITUDES, UN GESTUEL OU OBJETS A VALEUR DE COMMUNICATION | | | |
| COMMUNIQUE PAR PICTOGRAMMES, DESSINS, PHOTOS | | | |
| COMMUNIQUE PAR CRIS, VOCALISES OU AUTRES SIGNES ORAUX A VALEUR CODIFIEE | | | |
| APHASIE | | | |
| LOGORRHÉES/ITÉRATIONS | | | |

| HABITUDES DE VIE | | | |
|---|-----|-----|--|
| | OUI | NON | PRECISION |
| VACANCES EN COUPLE (dans la même chambre) | | | Si OUI NOM: _____ \| Prénom: _____ lieu de vie: _____ |
| OBJET FETICHE | | | |
| GOÛTS PARTICULIERS | | | |
| TENDANCE A FUGUER | | | |
| TENDANCE A LA KLEPTOMANIE | | | |
| TRoubles DE LA MÉMOIRE | | | |
| DELIRES, HALLUCINATIONS | | | |
| PHOBIES | | | |
| CRISE D'ANGOISSE | | | |
| MISE EN DANGER DE SOI (Refus de soins...) | | | |
| TRoubles OBSESSIONNELS COMPULSIFS RITUELS | | | |
| TENDANCE AU RETRAIT | | | |

HABITUDES DE VIE

| | OUI | NON | PRECISION |
|---|-----|-----|--------------------|
| AGRESSIVITE ENVERS LUI-MÊME ENVERS LES AUTRES | | | |
| COMPORTEMENT EXHIBITIONNISTE | | | |
| COMPORTEMENT A RISQUE ENVERS LES AUTRES VACANCIERS (ATTOUCHEMENT, VIOLENCE...) ANTECEDENTS CONNUS | | | Si oui : Précisez: |
| SENSIBLE A LA DOULEUR | | | |
| EXPRIME SA DOULEUR | | | |
| ETHYLISME | | | |
| DURANT LE SEJOUR POURRA ÊTRE PRIS EN PHOTO* - SEUL - EN GROUPE | | | |

* ces photos pourront être publiées sur notre site internet. Cette rubrique ne concerne pas les albums photo privés à destination des vacanciers

LE TRAITEMENT

| | OUI | NON | PRECISION |
|---|-----|-----|-----------|
| SOINS INFIRMIERS PENDANT LE SEJOUR | | | |

Merci de compléter la Fiche de Soins Infirmiers Durant le Séjour que vous trouverez dans ce catalogue après avoir contacté une IDE

REMARQUES IMPORTANTES

COMPLÉTÉ PAR : VU ET VALIDÉ PAR LE CHEF DE SERVICE

QUALITE : DATE DATE

SIGNATURE SIGNATURE ET CACHET DE L'ETABLISSEMENT

L'association CAP PICARDIE se réserve le droit d'annuler une inscription si l'autonomie du vacancier n'est pas adaptée au séjour choisi.

SANTE –MEDICATIONS

Photo
d'identité
Récente

NOM : Prénom :

Séjour CAP PICARDIE :

Coordonnées Foyer/Famille : (Émetteur du rapport)

NOM : PRENOM : FONCTION :

☎ : **PORTABLE D'UN PERMANENT** :/...../...../.....

☎ : **FIXE** :/...../...../.....

☎ : **FAX** :/...../...../.....

Pathologie :

TRAITEMENT/POSOLOGIE

Ordonnance du : 2010

| | NOM DU MEDICAMENT | MATIN | MIDI | SOIR | COUCHER |
|----|-------------------|-------|------|------|---------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

SOINS ou INJECTIONS PREVUS

| | NOM DU MEDICAMENT | DATE | TRAITEMENT DANS LA VALISE (OUI ou NON) | TRAITEMENT A RETIRER EN PHARMACIE (OUI ou NON) |
|---|-------------------|------|--|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |

DIABETE : Si le vacancier est diabétique, vous devez impérativement nous contacter à la rédaction de ce document pour que l'on convienne ensemble du protocole à mettre en place (surtout pour le jour de départ)

ANTECEDENTS MEDICAUX IMPORTANTS

Maladie (cardiopathie, phlébite...) ayant une incidence sur le quotidien

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

Accident, opération (récente ou ancienne) ayant une incidence sur le quotidien...

Date :

.....

Date :

.....

Date :

.....

Date :

.....

Date :

.....



SOINS INFIRMIERS DURANT LE SEJOUR

Nom Prénom du Vacancier:

Séjour :

Foyer :

Personne qui a rempli ce document :

Coordonnées de l'Infirmière Contactée sur le lieu de séjour

Date de Prise de Contact :

Nom Cabinet :

Nom Infirmière :

Adresse :

.....

Numéro Téléphone :/...../...../...../.....

Numéro Mobile:/...../...../...../.....

Nature des soins :

Date des soins :

Le à h

Le à h

Le à h

Le à h

Le à h

Le à h

Précisions :

.....

.....

.....

Nom :

Prénom :

Date :/...../.....

Signature :