

Lieu de séjour souhaité : _____ Date : du _____ au _____

Nom : _____ Féminin Masculin

Prénoms : _____ Date de naissance : _____

Nom et adresse de l'établissement ou de la famille : _____

Téléphone : _____ Mail (du service) : _____ @ _____

Adresse précise pour l'envoi des éléments nécessaires au séjour : _____

Adresse précise pour l'envoi de la facture (foyer / tuteur / curateur) : _____

Ordre à indiquer pour l'encaissement éventuel des chèques (remboursement ou autre) : _____

Droit à l'image : Accepteriez-vous la diffusion de photos ou de vidéos à des fins liées à l'activité ?

(journaux, expositions, rapport d'activité...) J'accepte Je n'accepte pas

Groupe : Flâneur Promeneur Touriste Voyageur Routard

Mobilités : Au quotidien, vous déplacez-vous en fauteuil ? oui non

Si oui, s'agit-il d'un fauteuil manuel ? oui non Ou électrique ? oui non

Vous servez-vous d'un déambulateur ? oui non Viendrez-vous avec ? oui non

Pour les sorties, avez-vous besoin d'un fauteuil de confort d'un déambulateur

du bras d'un accompagnateur autres, précisez : _____

Devons-nous prévoir une location de fauteuil ? oui non

Devons-nous prévoir une location de tout autre matériel médical (lève malade, lit médicalisé etc.) ? oui non

si oui, précisez : _____

Attention : sur certains hébergements, il peut être difficile, voire impossible de mettre en place du matériel médical.

Pour le transport, pouvez-vous faire les transferts de votre fauteuil au siège du véhicule ? oui non

Devons-nous prévoir un véhicule adapté type TPRM pendant le séjour ? oui non

Pour les autocars, devons-nous prévoir une rampe / une nacelle ? oui non

Médical : Doit-on prévoir un passage infirmier pendant le séjour ? oui non

Si oui, prendre contact avec Ildoine pour valider l'inscription.

Rappel : - la distribution des médicaments est assurée par nos équipes. - Les soins nursing doivent faire l'objet d'une prescription médicale. - Pour les traitements en solution buvable, prévoir leur équivalent per-os.

- Sur certains séjours, il peut-être difficile, voire impossible de planifier un passage infirmier.

Épilepsie : oui non Stabilisée : oui non

Comportement : Pouvez-vous être agressif physiquement ? oui non

Quelles en sont les manifestations ? _____

Enurésie / encoprésie : Êtes-vous énurétique ? oui non Êtes-vous encopréte ? oui non

Particularités sur le plan du comportement, du handicap physique et/ou mental, sur le plan médical

ou autre domaine : _____

Assurance annulation : Ne pas la joindre au moment de l'inscription (3,82% du prix du séjour sans la cotisation),

à cocher obligatoirement : oui non (sans réponse, l'assurance sera souscrite automatiquement).

Acompte : Afin d'entériner votre inscription, veuillez joindre, sous huit jours, un acompte de :

250 euros pour 1 semaine 400 euros pour 2 semaines 500 euros pour 3 semaines

virement chèque bancaire à l'ordre d'Ildoine chèques ANCV

Nom du responsable de l'inscription : _____ **Date** : _____ **Signature** : _____