

Nom.....Prénom.....
COCHER LES CASES CONCERNEES



**Dossier d'inscription Séjour Vacances
Du 27/08 au 01/09/2018
A retourner avant le 31 Mars 2018**

4 RUE PASTEUR
93160 NOISY-LE-GRAND
nelly.giuliani@laplajh.com
www.laplajh.com
06.64.73.64.34

Renseignements Généraux

PARTICIPANT

MADAME

MONSIEUR

NOM :

PRENOM:

ADRESSE :

□□□□□

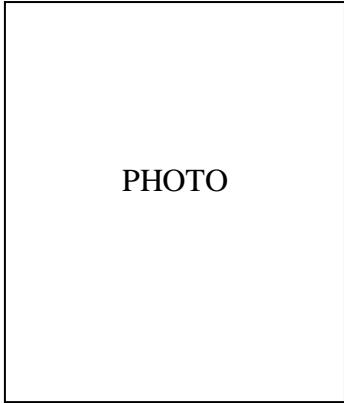
NE(E) LE : □□/□□/□□□□ SEXE : F M

TEL. FIXE : □□ / □□ / □□ / □□ / □□

TEL. PORTABLE : □□ / □□ / □□ / □□ / □□

N° DE SECURITE SOCIALE : □.□□.□□.□□.□□□□.□□□□.□□

EMAIL :



DESCRIPTION DE VOTRE HANDICAP

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

RESPONSABLE LEGAL

NOM :PRENOM:

EN QUALITE DE : MERE PERE TUTEUR AUTRE

ADRESSE :□□□□□

TEL. FIXE : □□ / □□ / □□ / □□ / □□ PORT : □□ / □□ / □□ / □□ / □□

EMAIL :

FAIT ALE.....

SIGNATURE



Motricité, Déplacements, Transferts

		Oui	Non	<i>De manière :</i>	
				Permanente	Occasionnelle
Se déplace en :	Marchant				
	Canne				
	Déambulateur				
	Aide Humaine				
	Aide animale				
	Fauteuil Manuel				
	Fauteuil Electrique				
Appui au sol :					
Port de chaussures orthopédiques :					
	Seul	Aide humaine (Une pers)	Aide humaine (Portés)	Aide technique	
Transferts :					
Commentaires :					
.....					
.....					
.....					

Alimentation

	Seul	Aide Ponctuelle	Aide Totale	Aide technique
Mange :				
Boit :				
	Oui	Non	Commentaires	
Risque de fausse route :				
Boulimie :				
Anorexie :				
Allergies alimentaires :				
Utilisation de gélifiant pour boisson : (si oui à fournir)				
	Mixer	Hacher	Couper fin	Pas de particularité
Texture des aliments :				
Régim alimentaire				



Hygiène corporelle

	Seul	Aide Ponctuelle	Aide Totale
<i>Fait sa toilette</i>			
<i>Se douche</i>			
<i>Se rase</i>			
<i>Se brosse les dents</i>			
<i>S'habille</i>			
<i>Change ses vêtements</i>			
<i>Se chausse</i>			
<i>Installation aux toilettes</i>			
	Jour	Nuit	
<i>Est énurétique</i>			
<i>Est encoprétique</i>			
<i>Porte des protections</i>			
<i>Utilisation d'urinal</i>			
Pour les femmes, <i>la personne est-elle réglée</i>	Non	Oui (fournir le nécessaire)	
<i>Commentaires</i> :			
.....			

Repos, Nuit

	Oui	Non	Autres
<i>Se lève tôt</i>			
<i>A un lever difficile</i>			
<i>Protocole au lever</i>			
<i>Fait la sieste</i>			
<i>Protocole au coucher</i>			
<i>Se couche tôt</i>			
<i>Difficulté pour s'endormir</i>			
<i>Rituel d'endormissement</i>			
<i>Angoisses nocturnes</i>			
<i>Peur de l'obscurité</i>			
<i>Insomnies</i>			
<i>Se lève la nuit</i>			
<i>Commentaires</i> :			
.....			



Communication

	Oui	Non	Précisez
<i>Langage verbale</i>			
<i>Communique per des gestes</i>			
<i>Communique par des cris</i>			
<i>Pictogrammes</i>			
	Bonne	Avec quelques difficultés	Faible
<i>Expression</i>			
<i>Compréhension</i>			
<i>Commentaires :</i>			
.....			
.....			
.....			

Comportement

	Oui	Non	Le(s)quel(s)
<i>A un objet fétiche</i>			
<i>A des rituels</i>			
<i>Tendance au retrait</i>			
<i>Peut se mettre en danger</i>			
<i>Peut fuguer</i>			
<i>Va vers les personnes connues</i>			
<i>Va vers les personnes inconnues</i>			
<i>Troubles obsessionnels compulsifs</i>			
<i>Troubles de la mémoire</i>			
<i>Agressivité</i>			
<i>Crises d'angoisses</i>			
<i>Phobies</i>			
<i>Automutilation</i>			
<i>Comportement inadapté</i>			
<i>Commentaires :</i>			
.....			
.....			
.....			
.....			

Nom.....Prénom.....
 COCHER LES CASES CONCERNEES



Santé

	Oui	Non
<i>Sous traitement médical</i>		
<i>Prend ses médicaments seul</i>		
<i>Malentendant</i>		
<i>Surdité</i>		
<i>Appareil auditif</i>		
<i>Problème de vue</i>		
<i>Appareil oculaire</i>		
<i>Port de lunette</i>		
<i>Port de lentilles</i>		
<i>Malvoyance</i>		
<i>Aveugle</i>		
<i>Appareil dentaire</i>		
<i>Porte une prothèse</i>		
<i>Porte une (des) attèle(s)</i>		
<i>Diabète</i>		
<i>Epilepsie</i>		
<i>Asthmatique</i>		
<i>Cardiopathie</i>		
<i>Allergies</i>		
<i>Sujettes à la constipation</i>		
<i>Traitement d'urgence / Protocole (à fournir avec l'ordonnance) :</i>		
<i>Détailler.....</i>		
.....		
.....		
.....		
<i>Commentaires supplémentaires :</i>		
.....		
.....		
.....		

Nom.....Prénom.....
COCHER LES CASES CONCERNEES



Autorisation de prise de vues

Je soussigné(e), Mr Mme
Père Mère uteur
Né(e) le.....à.....
Adresse.....
Code postale.....Ville.....

Autorise à titre gracieux, LAPLA'JH de Nathalie, enregistrée au répertoire SIRENE sous le numéro de SIRET 52039471900014 et dont le siège est situé chez le café la fée, 4 rue pasteur 93160 Noisy-le-Grand

À effectuer des prises de vues photographiques/audiovisuelles de ma personne et à utiliser mon image pour : la saison 2017 - 2018, afin de promouvoir l'activité LAPLA'JH dans son réseaux et de produire en fin d'année un CD de photos et/ou vidéo à destination des familles.

J'abandonne à LAPLA'JH de Nathalie tous droits d'utilisation de ces prises de vues pour l'utilisation susmentionnée.

Fait le _____ à _____ Signature



Dossier d'inscription Séjour Vacances
Du 27/08 au 01/09/2018
 Partie à conserver

Fiche descriptive du séjour

DATES	Du 27 aout au 01 septembre 2018
HEBERGEMENT	Hôtel CPA Lathus En chambre de 2 à 3 lits individuels avec sanitaire privatif Les chambres sont accessibles PMR
DUREE	6 jours 5 nuits
ACTIVITES	Equitation : Au centre équestre du Lathus → 3 demi-journées Piscine : Au centre aquatique de l'Allochon à Montmorillon (30 min de l'hôtel) → 3 demi-journées Autres activités prévues (1demi-journée)
TRANSPORTS	Deux minibus adaptés de 9 places
REPAS	Pension complète
NOMBRE DE PERSONNE	10 personnes en situation de handicap 6 accompagnateurs LAPLA'JH
TARIF	1389 euros par personne (Les chèques vacances sont acceptés)
LE TARIF COMPREND	Le trajet aller et retour, ainsi que les deplacments sur place La location des minibus L'essence et les péages L'hôtel en pension complète, pendant 6 jours 5 nuits Les 3 demi-journées d'équitation Les 3 demi-journées de piscine Les assurances Le paiement des accompagnateurs
LE TARIF NE COMPREND PAS	Les extras et dépenses personnelles
TROUSSEAU	Un bagage par personne Maillot de bain, serviette et nécessaire piscine Vieux pantalon pour l'équitation Tenue habillée Adaptations

Nom.....Prénom.....
COCHER LES CASES CONCERNEES



Pièces à joindre au dossier

	A COCHER
DOSSIER D'INSCRIPTION REMPLI ENTIEREMENT	
AUTORISATION PHOTO REMPLI (MEME EN CAS DE REFUS)	
UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE (PISCINE ET EQUITATION)	
ORDONNANCE DES MEDICAMENTS	
ORDONNANCE DE(S) PROTOCOLE(S)	
DOSSIER MEDICAL (SI BESOIN)	
CHEQUE DE LA MOITIE DU SEJOUR VACANCE SOIT : 700 EUROS	
DEUXIEME CHEQUE (LE RESTE) ENCAISSER LORS DU SEJOUR SOIT 689 EUROS	

Tout dossier incomplet ne sera pas prit en compte.



Conditions particulières

DATES	Du 27 aout au 1 septembre 2018
A QUI EST ADRESSE LE SEJOUR LAPLA'JH	Tous adultes en situation de handicap, étant adhérent (bénéficiaires) de l'association et exceptionnellement des non adhérent (cas minoritaire).
TARIF	1389 euros par personne (Les chèques vacances sont acceptés)
LE TARIF COMPREND	Le trajet aller et retour, ainsi que les déplacements sur place La location des minibus L'essence et les péages L'hôtel en pension complète, pendant 6 jours 5 nuits Les 3 demi-journées d'équitation Les 3 demi-journées de piscine Les autres activités proposées Les assurances Le paiement des accompagnateurs
LE TARIF NE COMPREND PAS	Les extras et dépenses personnelles Les frais de médecin et de pharmacie
FRAIS D'ANNULATION	

Ces conditions particulières font office de contrat entre l'association LAPLA'JH et le bénéficiaire-vacancier, participant au séjour vacance organisé par LAPLA'JH dans le cadre de ces activités.

Bénéficiaire

Association LAPLA'JH

A

A

Le

Le

Signature

Signature et cachet