

Le résident

Nom _____

Prénom _____ Date naissance ____/____/____

Adresse _____

C.P. _____ Ville _____

Tél _____

● Protection des biens

Tutelle _____ Curatelle _____ Aucune mesure _____

La mesure est exercée par :

Organisme _____ Famille _____ Tuteur privé _____

Nom _____

Adresse _____

C.P. _____ Ville _____ Tél _____

E-mail : _____

● Situation du Participant

Célibataire _____ Marié(e) _____ Divorcé(e) _____ Veuf(ve) _____

● Ressources du Participant

AAH _____ RMI _____ Pension Invalidité _____ Salaire _____

● Scolarité du Participant

Primaire _____ BEP/CAP _____ Baccalauréat _____ Études supérieures _____

● Expériences professionnelles du Participant

Sans _____ 1-5 ans _____ + de 5 ans _____

Préparation / suivi

● Suivi social

Organisme : _____

Nom et qualité : _____

Téléphones : _____

E-mail : _____

● Adresse d'expédition des courriers départ - retour

Nom _____

Adresse _____

C.P. _____ Ville _____ Tél _____

● Coordonnées de la famille joignable pendant le séjour

Nom _____

Adresse _____

C.P. _____ Ville _____ Tél _____

● Personnes Référentes joignables pendant le séjour

Qualité (famille, AS...) _____

Nom et prénom _____

Téléphones : _____

dans les horaires bureaux _____

Week-end/fériés _____

Soirées/nuits _____

Engagement / Autorisation

Je soussigné _____

Participant du séjour _____ Représentant légal _____

DECLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS GENERALES

ET PARTICULIERES DU SEJOUR PROPOSE PAR ODEL et

M'inscrire ou inscrire

M. _____ pour le

Séjour de vacances à _____

Dates _____

Adresse de facturation _____

C.P. _____ Ville _____ Tél _____

E-mail : _____

Séjour

CALCUL DES AHRRES

(1) Montant total du séjour _____

(2) Montant total du séjour x 30% _____

(3) Adhésion _____ + 5 euros

Montant des arrhes à régler à l'inscription (2+3) _____

Règlement à l'ordre de l'ODEL :

Chèque n° _____ Virement _____ Carte Bancaire* _____

*Sur simple appel au service commercial 04 94 925 985

CALCUL DU SOLDE DU SÉJOUR

Montant total du séjour (1) – Montant des arrhes (2) = _____

Je m'engage à régler le solde des sommes ci-dessus, soit _____

un mois avant le départ ou à l'inscription

Assurance annulation

Sur simple demande, consultez-nous afin d'obtenir le détail des garanties et conditions.

À régler obligatoirement par chèque à l'ordre de ODEL au moment de l'inscription, ces assurances ne peuvent être souscrites et réglées après.

Je souscris à l'assurance annulation

Montant _____

à régler à l'inscription.

Je ne souscris pas à l'assurance annulation.

Fait à _____, le _____

Signature du résident ou du représentant légal

INFORMATIONS SOCIALES

Ces informations sont transmises par :

NOM _____ QUALITÉ _____ TÉL _____

MERCI DE NOUS INFORMER DE TOUT CHANGEMENT IMPORTANT SURVENUS AVANT LE DÉPART DU RESIDENT SUCCÉPTIBLE DE MODIFIER SON COMPORTEMENT

Comportement du participant :

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sociable | <input type="checkbox"/> Timide | <input type="checkbox"/> Conflictuel |
| <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Craintif | <input type="checkbox"/> Influençable |

Le résident a-t-il une bonne capacité d'adaptation aux autres? Oui Non Si non, merci de préciser les situations qui peuvent le mettre en difficulté et quelle attitude l'équipe accompagnatrice doit elle adopter :

Avec les accompagnateurs : quelles relations Le résident entretient-il avec l'équipe ? Accepte-t-il et applique-t-il volontiers les consignes ? Oui Non

Si non, merci de préciser :

Capacités physiques :

Taille/poids : _____ M _____ Kgs

Fatigabilité

- Fatigable (marche moins d'une heure)
- Peu fatigable (marche plus d'une heure)
- Très fatigable (marche moins de 15 minutes)

Autonomie sensorielle

Port d'un appareillage ? Oui Non

Si oui, merci de préciser

Problème de vue Oui Non

Si oui, merci de préciser

Problème d'élocution Oui Non

Si oui, merci de préciser

Problème d'audition Oui Non

Si oui, merci de préciser

Autres problèmes ? merci de préciser

Hygiène corporelle

Autonome À stimuler verbalement

Le résident a des difficultés dans son rapport à l'hygiène ? Oui Non

Si oui, merci de préciser :

Le résident a besoin d'une aide à la toilette par IDE ? Oui Non

Si oui, joindre la prescription médicale

Hygiène vestimentaire

Autonome À stimuler verbalement

Le résident a-t-il des difficultés dans son hygiène vestimentaire ? Oui Non

Si oui, merci de préciser :

Vie quotidienne Capacités d'orientation

Le résident sort seul (après repérage) ? Oui Non

Le résident peut sortir avec d'autres vacanciers ? Oui Non

Le résident peut rester seul dans la structure ? Oui Non

Argent personnel Le résident gère seul son argent de poche ? Oui Non

Alcool

Le résident peut-il consommer de l'alcool ? Oui Non

Le résident a-t-il l'habitude de consommer de l'alcool ? Oui Non

Commentaires éventuels :

La demande de vacances est exprimée par le résident l'équipe de soin les deux

Le résident est-il déjà parti en vacances en collectivité Oui Non Précisez les dates, lieux et organismes

-

-

-

TRAITEMENT ET INFORMATIONS MÉDICALES

EN CAS DE PROBLÈMES MÉDICAUX PENDANT LE SÉJOUR, MERCI DE PRÉCISER LA PERSONNE À JOINDRE 24h/24 :

NOM _____ QUALITÉ _____ Tél _____

Suivi médical

Médecin : _____ Téléphones _____

Centre Hospitalier : _____ Téléphones : _____

TRAITEMENT A SUIVRE PAR LE RESIDENT :

Le résident devra t il être aidé par l'équipe accompagnatrice pour la prise du traitement ? Oui Non

Le résident nécessite des **soins infirmiers** durant le séjour (autres que la prise du traitement quotidien) ? Oui Non

▪ NATURE DES SOINS INFIRMIERS EVENTUELS ET FREQUENCE

nature des soins à faire pratiquer _____

fréquence matin midi soir

▪ SOINS SPECIFIQUES EXCEPTIONNELS

nature des soins infirmiers à faire pratiquer _____

fréquence matin midi soir

INFORMATIONS MEDICALES

Le résident est-il épileptique ? Oui Non

Si oui, les crises sont elles encore fréquentes ? Oui Non

Quotidiennes Entièrement stabilisées par traitement

Le résident a-t-il des allergies connues ? ALIMENTAIRES, MEDICAMENTEUSES,, ASTHME, AUTRES,, OUI NON

Si, oui, merci de préciser la cause de l'allergie les conséquences éventuelles possibles (asthme, œdème , etc...) ; et la conduite à tenir :

Régime alimentaire ? Oui Non

Si oui, merci de préciser le régime et de nous joindre une copie du type de régime

Diabète Oui Non

Si oui type de diabète insulino dépendant non insulino dépendant

Si oui, type de traitement traitement oral injection

Fréquence des injections matin midi soir

Qui assure habituellement les injections, et comment sont organisés le suivi et les réajustements éventuels :

Pour tout autre problème d'ordre médical (cardiaque, contre-indication médicale...), merci de préciser ci-dessous :

Antécédents médicaux ou chirurgicaux importants : Oui Non

Si oui, lesquels ?

Merci d'avoir renseigné ce document qui nous permet d'avoir une information précise de l'état de santé du résident et qui nous permet de mettre tout en œuvre pour son confort et sa sécurité. Si dans ce questionnaire, il manque des renseignements importants, merci de nous en informer par un courrier d'accompagnement.

PRÉCISIONS : Le jour du départ, le résident doit IMPÉRATIVEMENT être munis de :

- ↳ Son traitement médical, conditionné dans un nombre de semaines nécessaires à la durée du séjour (avec l'ordonnance en cours de validité).
- ↳ Sa carte VITALE ou autre type de prise en charge (CMU...) ainsi que la carte de mutuelle.
- ↳ Tout le matériel et produits dont il aura besoin pour d'éventuels soins.

Ces informations sont transmises par :

NOM _____ QUALITÉ _____ Tél _____

Ale..... Signature