

1 DOSSIER D'INSCRIPTION

CE DOCUMENT RECTO EST À REMPLIR PAR LA TUTELLE ET À NOUS ENVOYER DIRECTEMENT.
LES PAGES SUIVANTES SONT À REMPLIR PAR L'ÉTABLISSEMENT OU LA FAMILLE

CAP PICARDIE Vacances Adaptées Tel: 03.44.50.68.31
529 Rue de l'Empire Mail: cap.picardie@hotmail.fr
60600 AGNETZ Site: cappicardie.com

DATE LIMITE D'ENVOI: DANS LES 15 JOURS OUVRABLES SUIVANT L'INSCRIPTION

PHOTO
NUMERIQUE DE
L'ANNEE EN COURS
OBLIGATOIRE

LA PHOTO DOIT
NOUS ÊTRE MAILÉ
ÉGALEMENT
MERCİ

LE VACANCIER

Nom :
Prénom :
Date et lieu naissance :/...../.....
Numéro sécurité sociale :
Téléphone :/...../...../...../.....

LE SÉJOUR

Lieu :
Date : au
Lieu de départ choisi :
Lieu de retour choisi :
Autonomie : Bonne Moyenne Faible

ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE OU FAMILLE

Type d'établissement : Foyer de vie Foyer d'hébergements Foyer occupationnel Foyer appartements E.S.A.T Résidence accueil
Famille d'accueil M.A.S F.A.M E.P.A.H.D Autre:

Nom :
Chef de service :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone (fixe) :/...../...../...../.....
Adresse mail :
PORTABLE INDISPENSABLE :/...../...../...../.....

POUR ENVOYER LES HORAIRES

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :/...../...../...../.....

POUR ENVOYER LA LISTE VETURE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :/...../...../...../.....

TUTEUR

Nom organisme :
Nom Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :/...../...../...../.....
Adresse mail :

QUI SERA PREVENU EN CAS D'URGENCE

Nom organisme :
Nom Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Adresse mail :
PORTABLE INDISPENSABLE :/...../...../...../.....

Attestation du signataire

Je soussigné :
Qualité :

Certifie exact,
Lu et Approuve à :
Le : / /
.....

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 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.

Signature:

LE VACANCIER

Nom :
 Prénom :
 Taille :
 Poids :
 Yeux :

Pathologie et nature du handicap :

Autonomie: Bonne Moyenne Faible

OUI NON

DES PRÉCISIONS...

Handicap moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En permanence <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En permanence <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/>
Déambulateur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fois par jour ou Fois par semaine
Diabétique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie chronique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Occasionnelle <input type="checkbox"/>
Encopresie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les vaccinations obligatoires sont-elle à jour :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent phlébite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble du sommeil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se lève tôt <input type="checkbox"/> Se couche tard <input type="checkbox"/> Dort peu <input type="checkbox"/> Dort beaucoup <input type="checkbox"/> A peur de l'obscurité <input type="checkbox"/> A des difficultés à s'endormir <input type="checkbox"/> Se réveille la nuit <input type="checkbox"/> A des angoisses nocturnes <input type="checkbox"/> A des insomnies <input type="checkbox"/> Fait la sieste <input type="checkbox"/>
Allergies			Nom du/des médicament (s)
Médicamenteuses :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aliment (s)
Alimentaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femme: contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type
Phobie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait faire un choix parmi plusieurs activités :		
Pratique régulièrement une activité sportive :		
Pratique régulièrement une activité de loisirs :		
Peut soutenir son attention de manière prolongée :		
A déjà dormi sous tente, caravane, mobil home :		
Peut prendre les repas en dehors du lieu de séjour habituel :		
Contre indication à sortir le soir :		

3 DOSSIER D'INSCRIPTION

OUI NON

DES PRECISIONS...

Appareillage spécifique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigabilité (de 0 à 10) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bon marcheur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter sur un lit superposé :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter des escaliers :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emprunter un escalier roulant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait faire du vélo :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est déjà monté à cheval :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait nager :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortie seul autorisée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repère dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémorise un lieu à atteindre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémorise un trajet :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'adapte à des lieux nouveaux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporte les lieux publics :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit les panneaux indicateurs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait demander son chemin :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait lire l'heure :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repère dans le temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait écrire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait lire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lecture labiale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait compter :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Argent de poche			
versé à l'association :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Somme maximum: <input type="text"/>
Autonome :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur de petites sommes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec intervention			
de l'éducateur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion du trousseau :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Connait son schéma corporel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fumeur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autonome <input type="checkbox"/> Gere seul <input type="checkbox"/> Ne gere seul <input type="checkbox"/> Nombre par jour
Gestion des cigarettes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette seul(e) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se brosse les dents :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se rase :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se Coiffe :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillement seul(e) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Change ses vêtements			
et sous vêtements :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnait ses vêtements :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se chausse :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bois :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faut il mixer les aliments :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regime alimentaire spécifique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risque de fausse route :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles alimentaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexie <input type="checkbox"/> Boulimie <input type="checkbox"/> Autre

OUI NON

DES PRECISIONS...

Relation encadrement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facile <input type="checkbox"/>	A encourager <input type="checkbox"/>	Difficile <input type="checkbox"/>
Relation résidents :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facile <input type="checkbox"/>	A encourager <input type="checkbox"/>	Difficile <input type="checkbox"/>
Relation enfants :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facile <input type="checkbox"/>	A encourager <input type="checkbox"/>	Difficile <input type="checkbox"/>
Relation animaux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facile <input type="checkbox"/>	A encourager <input type="checkbox"/>	Difficile <input type="checkbox"/>
Troubles du comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trouble du caractère :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trouble de la vue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal voyant <input type="checkbox"/>	Non Voyant <input type="checkbox"/>	Lunettes / Lentilles <input type="checkbox"/>
Trouble de l'ouïe :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malentendant <input type="checkbox"/>	Surdité <input type="checkbox"/>	Appareillage spécifique <input type="checkbox"/>
Port d'une prothèse dentaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Expression facile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Compr�hensif :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Compréhensible :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Communique par le langage verbale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Utilisation d'une langue gestuelle (langage des signes...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Utilisation d'une langue gestuelle tactile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Communique avec des attitudes, un geste ou objet à valeur de communication :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Communique par pictogrammes, dessins, photographies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Communique par cris, vocalises ou autres signe oraux à valeur codifiée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Aphasie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Logorrh�es/Itérations :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vacances en couple (dans la même chambre) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Objet fétiche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Goûts particuliers :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tendance à fuguer :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tendance à la kleptomanie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Troubles de la mémoire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Délires, hallucinations :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Phobies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Crise d'angoisse :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mise en danger de soi :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Troubles obsessionnels compulsifs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Rituels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tendance au retrait :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

5 HABITUDES DE VIE

	OUI	NON	PRÉCISIONS...
Agressivité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envers lui-même :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envers les autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement à risque (attouchement, violence...)			
Envers lui-même :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envers les autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents connus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement exhibitionniste :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensible à la douleur (de 0 à 10) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exprime sa douleur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ethylisme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durant le séjour pourra être pris en photo			Ces photos pourront être publiées sur notre site internet. Cette rubrique ne concerne pas les albums privés à destination des vacanciers
Seul :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En groupe :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins infirmiers pendant le séjour :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 :

Qualité :

Date :

Vu et validé par le
chef de service :

Date :

Signature :

Signature et cachet
de l'établissement :



L'ASSOCIATION CAP PICARDIE SE RÉSERVE LE DROIT D'ANNULER UNE INSCRIPTION SI L'AUTONOMIE DU VACANCIER N'EST PAS ADAPTÉE AU SÉJOUR CHOISI.



INFORMATIONS SUR LE VACANCIER

Nom :
 Prénom :
 Numéro sécurité sociale :
 Séjour :



Nom :
 Prénom :
 Fonction :
 Numéro d'un permanent :/...../...../.....
 Numéro de fixe :/...../...../.....
 Numéro de portable :/...../...../.....

Pathologie et nature du handicap :

TRAITEMENT ET POSOLOGIE

Nom du médicament :

.....

ORDONNANCE DU/..../....

Matin : Midi : Soir : Coucher :

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

SOINS OU INJECTIONS PREVUS

Nom du médicament :

Date :

Traitement dans la valise :
(oui ou non)

Traitement à retirer en pharmacie :
(oui ou non)

.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>

DIABETE

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



7 SOINS INFIRMIERS DURANT LE SEJOUR

INFORMATIONS SUR LE VACANCIER

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance : / /
Numéro sécurité sociale :
Foyer :

INFORMATIONS POUR LES SOINS

Date de prise de contact : / /
Nom du cabinet :
Nom de l'infirmier-ère :
Adresse :
Téléphone : / / / /
Mobile : / / / /

NATURE DES SOINS

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

DATE DES SOINS

Le à
Le à
Le à
Le à
Le à
Le à

PRÉCISIONS...

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

Nom :
Prénom :
Date : / /

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Accident, opération (récente ou ancienne) ayant une incidence sur le quotifien:

Date :

.....

Date :

.....

Date :

.....

Date :

.....

Date :

.....

Date :

.....

.....