



LE&C VACANCES TOUS

DOSSIER D'INSCRIPTION

A retourner lors de l'inscription à :

Loisirs Éducation & Citoyenneté Grand Sud

7, rue Paul Mesplé 31100 TOULOUSE

Tél. : 05 62 87 43 43 - Fax : 05 62 87 43 44

PHOTO
RECENTE
OBLIGATOIRE

INFORMATIONS LIÉES AU A LA PARTICIPANT.E

Nom : Prénom :
Né(e) le : / / À :
Âge : Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐
Mail :
Téléphone portable :

Etablissement fréquenté durant l'année :

Nom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Mail :

1er Choix de séjour : Dates :
Second Choix : Dates :
(si premier choix non disponible)
Séjour précédent : Dates :

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter :
Lien :
Numéro 24h/24h :
Précisions éventuelles :

RÉFÉRENT s'occupant de l'inscription

Nom : Prénom :

RÉFÉRENT joignable pendant le séjour

Nom : Prénom :

N° de tél. portable (service astreinte) obligatoire :
.....

Je soussigné(e) :
agissant en qualité de

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales de vente, du traitement automatisé des informations ainsi que du droit à l'image et y souscris dans leur intégralité.

Je certifie que le-la participant-e inscrit-e sur le présent bulletin est adhérent-e ou en cours d'adhésion.

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Frais de séjour

Facture à adresser à :

Nom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél. : Mail :

Frais complémentaires

Facture à adresser à :

Nom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél. : Mail :

Règlement du séjour : par le-la participant-e ☐ par un tiers ☐

(Joindre l'attestation de prise en charge)

Par chèque bancaire ou postal ☐ Par chèque-vacances ANCV ☐

Par espèce ☐ Par chèque CESU ☐

Par virement bancaire ☐ Indiquer le montant viré :€

Date du virement : / /

CONVOYAGE

Transport vers lieu de séjour : Oui ☐ Non ☐ (Accueil sur site)

Lieu de départ :

Lieu de retour :

ADHÉSION ANNUELLE

LE&C GS Vacances Tous étant une association loi 1901, l'adhésion de 5 euros est obligatoire pour bénéficier des séjours. La souscription est automatiquement calculée lors de l'inscription au séjour.

Fait à :

le :

Signature & Cachet :

Cadre réservé à LE&C GS Vacances Tous :

GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT

TYPE(S) DE DÉFICIENCE(S) PRÉSENTÉES

Déficiência intellectuelle ☐ Déficiencia psíquica ☐ Déficiencia sensorielle ☐
 Déficiencia motrice ☐ Troubles cognitifs ☐ Immaturité psycho-affective ☐
 Merci de préciser (présentation, sévérité...) :

SANTÉ DU/DE LA PARTICIPANT·E

Taille : Poids : Groupe sanguin :

A un traitement médical : Oui ☐ Non ☐
 Prend son traitement seul.e :
 Avec aide ponctuelle ☐ Avec aide totale ☐ Oui ☐ Non ☐

Surdité Oui ☐ Non ☐
 * Si oui : Totale ☐ Partielle ☐
 * Appareil auditif : Oui ☐ Non ☐

Basse vision Oui ☐ Non ☐
 * Si oui : cécité totale Oui ☐ Non ☐
 * Si oui, port de correction Oui ☐ Non ☐

Diabète : Oui ☐ Non ☐
 * Type : Se gère seul.e : Oui ☐ Non ☐
 * Nécessité d'un contrôle dextro : Oui ☐ Non ☐
 * Se gère seul.e : Oui ☐ Non ☐
 * Injections pendant le séjour : Oui ☐ Non ☐
 * si oui, à quelle fréquence ou date :

Epilepsie : Oui ☐ Non ☐
 Si oui : Active ☐ Stabilisée ☐
 Si active, crises de type :
 Fréquence : Rares ☐ Fréquentes ☐

Asthme : Oui ☐ Non ☐
 Si oui fréquence des crises :

Cardiopathie : Oui ☐ Non ☐

Allergie : Oui ☐ Non ☐
 Si oui préciser :

Le / la participant.e a-t-il/elle un appareillage particulier ?
 (oxygénothérapie, VNI, stomi, sonde ...) : Oui ☐ Non ☐
 Préciser :

Vaccinations à jour : Oui ☐ Non ☐ Date :

MOTRICITÉ DU/DE LA PARTICIPANT·E

La personne est : dynamique ☐ fatigable ☐

Autonomie du déplacement :

* **Marche seul.e** ☐ avec aide ☐ avec aide ponctuelle ☐ avec aide totale ☐
 * **Rythme de marche :** Normal ☐ Lent ☐ Très lent ☐
 * **Chaussures orthopédiques :** Oui ☐ Non ☐
 * **Se déplace en fauteuil roulant manuel :** En permanence ☐ Occasionnellement ☐ Pas du tout ☐
 * **Se sert d'un déambulateur :** En permanence ☐ Occasionnellement ☐ Pas du tout ☐
 * **Monte un escalier :** seul ☐ avec aide ponctuelle ☐ avec aide totale ☐
 * **Monte dans un minibus :** seul ☐ avec aide ponctuelle ☐ avec aide totale ☐
 * **Monte dans un car :** seul ☐ avec aide ponctuelle ☐ avec aide totale ☐
 * **Nécessite un autre type d'aide technique** (orthèse, prothèse...) Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser
Vient avec son matériel (aides techniques) : Oui ☐ Non ☐
 Si non, a une prescription pour une location sur place : Oui ☐ Non ☐

HYGIÈNE / TOILETTE

Fait sa toilette :

Seul.e ☐ avec aide ponctuelle ☐ avec aide totale ☐
 * Se douche : Oui ☐ Non ☐
 * A peur de la douche : Oui ☐ Non ☐
 * Se brosse les dents : Oui ☐ Non ☐
 * Se rase : Oui ☐ Non ☐

S'habille :

Oui ☐ Non ☐
 * Reconnaît ses vêtements : Oui ☐ Non ☐
 * Choisit ses vêtements : Oui ☐ Non ☐
 * Se chausse : Oui ☐ Non ☐

Porte un dentier :

Oui ☐ Non ☐
 * Si oui : le jour ☐ La nuit ☐

Propreté :

Oui ☐ Non ☐
 * Va aux toilettes : Oui ☐ Non ☐
 * Est énurétique : Oui ☐ Non ☐
 * Est encoprétique : Oui ☐ Non ☐
 * Porte des protections : Oui ☐ Non ☐
 > Gestion autonome : Oui ☐ Non ☐

Pour les femmes : Est-elle réglée ? :

Oui ☐ Non ☐
 > Gestion autonome : Oui ☐ Non ☐

REPAS ET ALIMENTATION

S'alimente :

Seul.e ☐ avec aide ponctuelle ☐ avec aide totale ☐
 * Se sert seul.e : Oui ☐ Non ☐
 * Coupe seul.e : Oui ☐ Non ☐
 * Boit seul.e : Oui ☐ Non ☐

Type de repas :

coupé fin : ☐ mixé : ☐ lisse : ☐ semi liquide : ☐
 * Est sujet.te aux fausses routes : Oui ☐ Non ☐
 * Peut boire du café : Oui ☐ Non ☐
 * Peut boire de l'alcool : Oui ☐ Non ☐
 * Utilisation de gélifiant pour les boissons : Oui ☐ Non ☐
 * Utilisation d'épaississant pour les boissons : Oui ☐ Non ☐

Troubles de l'alimentation :

Oui ☐ Non ☐
 * Excès alimentaire : Oui ☐ Non ☐
 * Difficulté de prise alimentaire : Oui ☐ Non ☐
 * Potomanie : Oui ☐ Non ☐

Régime(s) alimentaire(s) :

Oui ☐ Non ☐

Si oui le(les) quel(s) : hypocalorique, sans sel, diabétique ,...

.....

COMPORTEMENT

- * Tendance destructive : Oui ☐ Non ☐
- * Agressivité envers les autres : Oui ☐ Non ☐
- * Agressivité envers lui-même : Oui ☐ Non ☐
- * A tendance à s'écarter du groupe : Oui ☐ Non ☐
- * Recherche de proximité : Oui ☐ Non ☐
- * Peut se mettre en danger : Oui ☐ Non ☐
- * A des rituels, des objets fétiches : Oui ☐ Non ☐

Le(s)quel(s) :

.....

- * Appréhension / crainte particulière : Oui ☐ Non ☐
- * Automutilation : Oui ☐ Non ☐
- * Fume t-il.elle ? : Oui ☐ Non ☐

Protocole :

.....

ARGENT PERSONNEL

- * Gère seul.e son argent : Oui ☐ Non ☐
Si non, doit être confié à l'animateur :
en partie ☐ en totalité ☐
- * Mode de distribution :
Jour ☐ semaine ☐ quinzaine ☐
- * Connaît la valeur de l'argent : Oui ☐ Non ☐
- * Sait faire un achat simple : Oui ☐ Non ☐
Avec une aide ☐
Attention aux achats irraisonnés ☐

COUCHAGE

Chambre seul.e (si disponibilité) : (+surcoût) : Oui ☐ Non ☐

Chambre couple : Oui ☐ Non ☐

Nom du /de la partenaire :

Souhait d'être en chambre avec une relation amicale : ☐

Nom de la personne :

ACTIVITÉS ET LOISIRS

- Sait choisir une activité parmi plusieurs : Oui ☐ Non ☐
- Peut soutenir son attention de façon prolongée : Oui ☐ Non ☐
- Baignade autorisée : Oui ☐ Non ☐
- Sait nager : Oui ☐ Non ☐

Centres d'intérêts ou de compétence du· de la participant·e :

.....

.....

COMMUNICATION

Accède au langage Oui ☐ Non ☐

* Si oui : Parle Oui ☐ Non ☐

- Avec difficulté Oui ☐ Non ☐

- Si oui, préciser :

.....

* Si oui : comprend Oui ☐ Non ☐

- Avec difficulté Oui ☐ Non ☐

* Utilise les gestes pour s'exprimer Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser :

.....

ASPECT RELATIONNEL

La relation s'établit facilement Oui ☐ Non ☐

* Avec autrui Oui ☐ Non ☐

* Avec l'accompagnement Oui ☐ Non ☐

Quelles sont les circonstances de

difficultés :

.....

Y a-t-il des dispositions particulières pour entrer en relation ? Oui ☐ Non ☐

.....

.....

LEVER ET COUCHER

Se lève tôt (avant 7 heures) : Oui ☐ Non ☐

A un lever difficile : Oui ☐ Non ☐

Se couche tôt : Oui ☐ Non ☐

Difficulté d'endormissement : Oui ☐ Non ☐

Préciser si besoin :

.....

.....

Déambule la nuit : Oui ☐ Non ☐

A des angoisses nocturnes : Oui ☐ Non ☐

A des insomnies : Oui ☐ Non ☐

Fait la sieste : Oui ☐ Non ☐

SORTIES

Peut sortir seul.e (sans animateur) : Oui ☐ Non ☐

Sort en petit groupe (sans animateur) : Oui ☐ Non ☐

Se repère dans l'espace : Oui ☐ Non ☐

Sait lire l'heure : Oui ☐ Non ☐

Est capable de rentrer à une heure

fixée : Oui ☐ Non ☐

Peut s'égarer : Oui ☐ Non ☐

Sait demander son chemin : Oui ☐ Non ☐

Possède un téléphone portable : Oui ☐ Non ☐

S'adapte facilement à un nouvel

environnement : Oui ☐ Non ☐

Peut se mettre en danger dans un

environnement non contrôlé/inconnu : Oui ☐ Non ☐

L'inscription du·de la participant·e sera effective lorsque le règlement de l'acompte (200 euros par semaine de séjour à l'ordre de LE&C Grand Sud) sera versé ainsi qu'à la réception du dossier d'inscription, fiche suivi médical et fiche traitement médical.

PROJET DE SÉJOUR DU·DE LA PARTICIPANT·E

QUELLES RAISONS ONT MOTIVÉ LE CHOIX DU SÉJOUR ?

**QUELLES SONT SES ATTENTES PENDANT
CE SÉJOUR ?**
**(en termes d'activités, visites, sorties, rythme
de vie, relations humaines...)**

QUELS SONT SES CENTRES D'INTÉRÊTS ?

(activités pratiquées, sportives et culturelles...)

Dotted lines for writing.

QUELLES SONT LES CONDITIONS A RÉUNIR POUR RÉUSSIR CE TEMPS DE VACANCES ?

AUTRES INFORMATIONS QUE VOUS JUGEZ UTILES



Grand Sud



Loisirs Education & Citoyenneté

Grand Sud

FICHE SUIVI MÉDICAL

Cachet de l'établissement
ou du service de soins

Nom : Prénom :
Né(e) le : / / À :
Âge : Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐
Pour le séjour :

SOINS PARTICULIERS

Ordonnance fournie ☐

Nature des soins, dispositions, fréquence d'intervention	Consignes, observations particulières - Préciser le matériel fourni
.....	
.....	
.....	
.....	

INTERVENTION PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Ordonnance fournie ☐

Qualité intervenant.e	Consignes et observations particulières, fréquence... - Préciser le matériel fourni...
Infirmier-e ☐	
Masseur-se kinésithérapeute ☐	
Analyste médical.e ☐	
Autre ☐ :	

ÉQUIPEMENT ET AIDE TECHNIQUE

Ordonnance fournie ☐

Identification appareillage (s)	Indications d'utilisation - consignes particulières, fréquence, matériel fourni...
.....	
.....	
.....	
.....	

INFORMATIONS PARTICULIÈRES

.....

.....

.....

❖ Une ordonnance médicale devra obligatoirement être jointe au dossier....

❶ **Informations médicales INITIALES** transmises le :

Par : M. Signature

Fonctions :

Docteur :

Spécialité :

Date :

Prescription

❷ **Informations médicales MODIFIÉES** transmises le :

Par : M. Signature

Fonctions :

Docteur :

Spécialité :

Date :

Prescription



FICHE TRAITEMENT MÉDICAL

(Voir fiche explicative au verso)

Cachet de l'établissement
ou du service de soins

Loisirs Education & Citoyenneté Nom : Prénom :
Né(e) le : / / À :
Âge : Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

TRAITEMENT MÉDICAL EN RAPPORT AVEC L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Ordonnance fournie ☐

Médicament à donner quotidiennement : nom commercial, forme, dosage, voie d'administration. Mettre ⚡ à côté du nom du médicament pouvant être substitué par un générique.

QUANTITÉ

	Matin(1)	10H (1)	Déjeuner (1)	16H (1)	Dîner (1)	Coucher (1)

Médicament à donner périodiquement - Préciser la fréquence :

Injection :

Préciser date (s) :

Médicament à donner si besoin :

TRAITEMENT MÉDICAL EN RAPPORT AVEC L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE

à compter du Ordonnance fournie ☐

Médicament à donner quotidiennement : nom commercial, (générique compris : mettre *), forme, dosage, voie d'administration.

QUANTITÉ

	Matin(1)	10H (1)	Déjeuner (1)	16H (1)	Dîner (1)	Coucher (1)

Médicament à donner quotidiennement injection comprise (*) :

--	--	--	--	--	--	--

Médicament à donner si besoin :

--	--	--	--	--	--	--

⚡ Une ordonnance médicale devra obligatoirement être jointe au dossier...

❶ **Informations médicales INITIALES** transmises le :

Par : M. Signature

Fonctions :

Docteur :

Spécialité :

❷ **Informations médicales MODIFIÉES** transmises le :

Par : M. Signature

Fonctions :

Docteur :

Spécialité :

FICHE EXPLICATIVE

Dans le cadre de la prise en charge des personnes que nous accueillons en séjours, sur le plan du suivi des traitements médicaux, nous vous demandons :

1 - Initialement de :

- ⇒ Remplir avec le plus de rigueur possible « la **fiche traitement médical** » ainsi que, le cas échéant, « la **fiche suivi médical** » ci-jointes,
- ⇒ en faire une copie afin de la (les) conserver,
- ⇒ renvoyer cette (ces) fiche(s) avec le dossier d'inscription et accompagnée(s) des ordonnances...

2 - Si une modification devait avoir lieu avant le départ :

→ suivre impérativement la procédure suivante :

- ⇒ Apporter les rectifications sur la copie que vous avez conservée, selon les explications données ci-dessous
- ⇒ Téléphoner au service Relations Participants pour information
- ⇒ Envoyer cet exemplaire rectifié
- ⇒ Envoyer les nouvelles ordonnances/prescriptions portant cette rectification ...



TRAITEMENT MEDICAL EN RAPPORT AVEC L'AFFECTION DE LONGUE DUREE

Médicament à donner quotidiennement > Préciser : nom commercial, forme, dosage, voie d'administration. Mettre * à côté du nom commercial du médicament pouvant être substitué par un générique.	QUANTITÉ					
	Matin (1)	10H (1)	Déjeuner (1)	16H (1)	Dîner (1)	Coucher (1)
RIVOTRIL <i>com. quadrisec, 2mg, voie orale</i>	3/4 cp		3/4 cp		3/4 cp	
BUSPAR : <i>comp. séc, 10 mg, voie orale</i>	1/5 cp		1/5 cp		1/5cp	
					1cp	
DONORMYL : <i>comp. séc, 15 mg, voie orale</i>						1cp
→ ⚡ TERCIAN : <i>gouttes, 4 P/C, voie orale</i>	50 gtes		50 gtes		50 gtes	

Insertion

Deux lignes en dessous
apposer et **rajouter** le
nouveau médicament

Annulation

Apposer une **double barre**
sur toute la ligne du médica-
ment à annuler

Changement

Barrer le chiffre
et rajouter dans la même
case la nouvelle posologie

En l'absence du respect de cette procédure de correction

« la **fiche traitement médical** » initialement transmise déterminera l'administration du traitement pendant le séjour

3 - Les médicaments du déjeuner (et de 16H) du jour de convoyage seront conditionnés dans l'enveloppe fournie par LE&C Vacances Tous.

4 - Le participant.e arrivera sur séjour avec un ou plusieurs piluliers correspondant :

- ☒ au nombre de jours d'accueil sur le séjour
- ☒ **plus une réserve** afin de pallier à d'éventuels accidents (détérioration...)

UNE FICHE SUIVI MÉDICAL est à compléter dans le cas où le participant.e a besoin de soins particuliers nécessitant l'intervention d'un professionnel de santé (infirmier.e, analyste,...) ou/et d'aides techniques.

IL EN VA DE LA RESPONSABILITÉ DE CHACUN D'APPLIQUER AU MIEUX CES INSTRUCTIONS POUR LE BÉNÉFICE DES PARTICIPANT.E.S...