



## ➤ Dossier d'inscription

### Dossier administratif

Cadre réservé au service

**Les inscriptions sont prises par ordre d'arrivée des dossiers. Nous faire parvenir le dossier d'inscription le plus rapidement possible et avant le 06 mai 2022**  
**Remplissez et renvoyez les 2 exemplaires du dossier d'inscription composé des 3 parties : « Dossier administratif », « Dossier de santé », « Renseignements de la personne »**

#### ➤ Acompte et règlements :

➤ Vous envoyez le « dossier d'inscription » soit à la Fédération APAJH, soit à l'association départementale APAJH indiquée dans la présentation du séjour accompagné d'un acompte de 300 €

➤ Le service Vacances vous confirme la possibilité et les places disponibles sur le séjour choisi.

➤ **Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum un mois avant le séjour (Sauf accord écrit de prise en charge)**  
**Aucune inscription ou réservation ne pourra être faite par téléphone.**

Etes-vous adhérent APAJH ?  Oui  Non

Si non, contacter la Fédération APAJH ou l'association départementale APAJH selon le séjour choisi pour connaître le montant de la cotisation annuelle.

Souhaitez-vous prendre l'assurance-annulation ? (4% du prix du séjour)  Oui  Non

Bénéficiez-vous d'une aide d'un cofinancier ?  Oui  Non

Si oui, laquelle ?  Du CGOS  
 Du CCE de la BNP  
 Du CCE du Crédit Lyonnais  
 Du CCE de la Caisse d'Epargne  
 De l'APAS

➤ Autre : lequel ? \_\_\_\_\_

Précisez au besoin votre n° d'adhérent : \_\_\_\_\_

#### ➤ Renseignements administratifs vacancier :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Sexe :  Femme  Homme

Date et lieu de naissance :

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Département ou pays :

N° de sécurité sociale : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Lieu et adresse de résidence habituelle

Adresse(s), téléphone(s), mail(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Établissement(s) fréquenté(s) :

Aucun  SAVS  FH  FO  ESAT

CAJ  MAS  FAM

Autre – Précisez :

Adresse(s), téléphone(s), adresse(s) électronique(s) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ➤ Contact(s) :

Personne (-s) à contacter en cas d'urgence (nom, lien de parentalité/fonction, téléphone, adresse électronique)  
**PAR ORDRE DE PRIORITÉ**

Nom, prénom, lien de parentalité / fonction, adresse complète et téléphone, adresse électronique :

→ \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

→ \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

→ \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Cadre réservé au service

➤ Séjour(s) vacances et adresse(s) d'expédition :

Séjour(s) souhaité(s)	Dates (à préciser)	Service organisateur	Transport collectif - Ville de départ : Paris ou Marseille (si proposé dans la fiche du séjour)

(Sous réserve d'affectation par le service Vacances-Loisirs organisateur)

	Nom et Prénom	Lien de parentalité / Fonction	Adresse complète	Téléphone	Adresse électronique
Personne chargée de l'inscription					
Où expédier les convocations et horaires de départ					
Où expédier la facture					

➤ Pour les personnes majeures sous tutelle ou les mineurs

**Je soussigné(e) :** .....

**Né(e) le :** .....

**Domicilié(e) :** .....

**Agissant en qualité de :** .....

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Vacances APAJH.

Joint au présent dossier administratif d'inscription, le dossier médical attestant qu'il n'y a pas d'interdiction médicale pour l'enfant ou l'adulte à être admis dans le séjour de vacances choisi.

Certifie être informé que le traitement auquel est soumis la personne lui sera administré, suivant les prescriptions de l'ordonnance médicale remise le jour du départ, sous l'autorité du responsable de séjour.

A cette fin, je certifie remettre au responsable de séjour les prescriptions médicales nécessaires.

Certifie être informé, qu'en cas d'urgence, le responsable de séjour pourra être amené, si l'état de santé de la personne l'exige, à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'administration d'actes de soins.

En qualité de tuteur, mon consentement devra être recueilli pour tous les actes ne revêtant pas un caractère d'urgence. Pour les actes urgents, le responsable de séjour devra m'informer le plus rapidement possible.

Dans tous les cas, le consentement de la personne majeure devra systématiquement être recherché après qu'il ait pu recevoir une information claire et adaptée à son degré de compréhension.

Seuls les actes à but thérapeutique urgent pourront être pris sans mon consentement et sans le consentement de la personne majeure si celle-ci n'a pu être trouvée.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable de séjour.

Certifie exact, lu et approuvé

A ....., le .....

**Signature :**

➤ Autorisation de prise et de diffusion de photographie(s) et de vidéo(s)

**Je, soussigné :** .....

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Agissant en qualité de représentant légal de :

Nom : .....

Prénom : .....

**Autorise** (rayez les mentions inutiles) :

La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me ou le représentant.

La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) me ou le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient.

Dans le strict respect des valeurs de citoyenneté et de dignité défendues par la Fédération APAJH

Fait à : ....., le : .....

(Signature)

## ➤ Dossier d'inscription

### Dossier administratif

Cadre réservé au service

**Les inscriptions sont prises par ordre d'arrivée des dossiers. Nous faire parvenir le dossier d'inscription le plus rapidement possible et avant le 06 mai 2022**  
**Remplissez et renvoyez les 2 exemplaires du dossier d'inscription composé des 3 parties : « Dossier administratif », « Dossier de santé », « Renseignements de la personne »**

#### ➤ Acompte et règlements :

➤ Vous envoyez le « dossier d'inscription » soit à la Fédération APAJH, soit à l'association départementale APAJH indiquée dans la présentation du séjour accompagné d'un acompte de 300 €

➤ Le service Vacances vous confirme la possibilité et les places disponibles sur le séjour choisi.

➤ **Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum un mois avant le séjour (Sauf accord écrit de prise en charge)**  
**Aucune inscription ou réservation ne pourra être faite par téléphone.**

Etes-vous adhérent APAJH ?  Oui  Non

Si non, contacter la Fédération APAJH ou l'association départementale APAJH selon le séjour choisi pour connaître le montant de la cotisation annuelle.

Souhaitez-vous prendre l'assurance-annulation ? (4% du prix du séjour)  Oui  Non

Bénéficiez-vous d'une aide d'un cofinancier ?  Oui  Non

Si oui, laquelle ?  Du CGOS  
 Du CCE de la BNP  
 Du CCE du Crédit Lyonnais  
 Du CCE de la Caisse d'Epargne  
 De l'APAS

➤ Autre : lequel ? \_\_\_\_\_

Précisez au besoin votre n° d'adhérent : \_\_\_\_\_

#### ➤ Renseignements administratifs vacancier :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Sexe :  Femme  Homme

Date et lieu de naissance :

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Département ou pays :

N° de sécurité sociale : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Lieu et adresse de résidence habituelle

Adresse(s), téléphone(s), mail(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Établissement(s) fréquenté(s) :

Aucun  SAVS  FH  FO  ESAT

CAJ  MAS  FAM

Autre – Précisez :

Adresse(s), téléphone(s), adresse(s) électronique(s) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ➤ Contact(s) :

Personne (-s) à contacter en cas d'urgence (nom, lien de parentalité/fonction, téléphone, adresse électronique)  
**PAR ORDRE DE PRIORITÉ**

Nom, prénom, lien de parentalité / fonction, adresse complète et téléphone, adresse électronique :

→ \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

→ \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

→ \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Cadre réservé au service

🕒 **Séjour(s) vacances et adresse(s) d'expédition :**

Séjour(s) souhaité(s)	Dates (à préciser)	Service organisateur	Transport collectif - Ville de départ : Paris ou Marseille (si proposé dans la fiche du séjour)

(Sous réserve d'affectation par le service Vacances-Loisirs organisateur)

	Nom et Prénom	Lien de parentalité / Fonction	Adresse complète	Téléphone	Adresse électronique
Personne chargée de l'inscription					
Où expédier les convocations et horaires de départ					
Où expédier la facture					

🕒 **Pour les personnes majeures sous tutelle ou les mineurs**

**Je soussigné(e) :** .....

**Né(e) le :** .....

**Domicilié(e) :** .....

**Agissant en qualité de :** .....

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Vacances APAJH.

Joint au présent dossier administratif d'inscription, le dossier médical attestant qu'il n'y a pas d'interdiction médicale pour l'enfant ou l'adulte à être admis dans le séjour de vacances choisi.

Certifie être informé que le traitement auquel est soumis la personne lui sera administré, suivant les prescriptions de l'ordonnance médicale remise le jour du départ, sous l'autorité du responsable de séjour.

A cette fin, je certifie remettre au responsable de séjour les prescriptions médicales nécessaires.

Certifie être informé, qu'en cas d'urgence, le responsable de séjour pourra être amené, si l'état de santé de la personne l'exige, à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'administration d'actes de soins.

En qualité de tuteur, mon consentement devra être recueilli pour tous les actes ne revêtant pas un caractère d'urgence. Pour les actes urgents, le responsable de séjour devra m'informer le plus rapidement possible.

Dans tous les cas, le consentement de la personne majeure devra systématiquement être recherché après qu'il ait pu recevoir une information claire et adaptée à son degré de compréhension.

Seuls les actes à but thérapeutique urgent pourront être pris sans mon consentement et sans le consentement de la personne majeure si celle-ci n'a pu être trouvée.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable de séjour.

Certifie exact, lu et approuvé

A ....., le .....

**Signature :**

🕒 **Autorisation de prise et de diffusion de photographie(s) et de vidéo(s)**

**Je, soussigné :** .....

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Agissant en qualité de représentant légal de :

Nom : .....

Prénom : .....

**Autorise** (rayez les mentions inutiles) :

La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me ou le représentant.

La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) me ou le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient.

Dans le strict respect des valeurs de citoyenneté et de dignité défendues par la Fédération APAJH

Fait à : ....., le : .....

(Signature)

# 📁 Dossier d'inscription

## Dossier de santé

Dossier à caractère confidentiel

À retourner avec le dossier administratif

Pour chaque inscription, remplissez le dossier d'inscription et le dossier de santé en 2 exemplaires ci-joints.

Nom du vacancier : .....

Date de naissance : ..... Poids : ..... Taille : .....

### 📁 Renseignements médicaux

Nomination de la pathologie : .....

Description aussi précise que possible du handicap : .....

État de santé général : .....

#### → Examen

→ Cardiaque : .....

→ Pulmonaire : .....

→ Digestif : .....

→ Uro-génital : .....

#### → Troubles divers

Troubles de la vue :  Oui  Non

Troubles de l'ouïe :  Oui  Non

Troubles caractériels :  Oui  Non

Troubles de la parole :  Oui  Non

Enurésie :  Oui  Non

Encoprésie :  Oui  Non

Ethylisme :  Oui  Non

Asthme :  Oui  Non

Y-a-t-il des problèmes  Oui  Non

→ de transit / fécalome  Oui  Non

(joindre l'ordonnance du laxatif habituellement prescrit)

→ d'épisode de sub-occlusion  Oui  Non

→ d'épisode d'occlusion  Oui  Non

Est-il sujet à des crises comitiales ?  Oui  Non

Manifestation habituelle : .....

Fréquence : .....

Antécédents médicaux et chirurgicaux : .....

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre : .....

Pour les jeunes filles ou femmes, est-elle réglée ? :  Oui  Non

Sont-elles douloureuses ?  Oui  Non

Utilisation d'un moyen contraceptif :  Oui  Non

Si oui, lequel ? .....

Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire ? .....

Lequel ? .....

Les prescriptions : .....

La nourriture doit-elle être mixée ?  Oui  Non

Pré-hachée ?  Oui  Non

Tous les vaccins sont-ils à jour ?  Oui  Non

Est-il fumeur ?  Oui  Non

La baignade est-elle autorisée ?  Oui  Non

Sait-il nager ?  Oui  Non

## ☛ Traitement

Le vacancier est-il soumis à un traitement pendant le séjour ?  
(Si oui, l'ordonnance récente devra être jointe le jour du départ)

Oui  Non

Le vacancier prend-il ses médicaments, seul ?

Oui  Non

Le vacancier a-t-il des soins infirmiers réguliers :  
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)

Oui  Non

Le vacancier a-t-il des soins de kiné :  
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)

Oui  Non

## ☛ Matériel

Porte-t-il un matériel spécifique ? Si oui, lequel :

Oui  Non

Utilise-t-il un lit médicalisé ?\*

Oui  Non

A-t-il besoin d'un matelas anti-escarres ?\*

Oui  Non

Utilise-t-il un lève personne ?\*

Oui  Non

A-t-il besoin d'une contention ?\*

Oui  Non

Matériel utilisé pour la contention, (le joindre si un matériel spécifique est utilisé) :

**\* si oui, joindre l'ordonnance**

**Remettre obligatoirement au moment du départ** les semainiers pour la durée du séjour avec les médicaments en quantité suffisante au directeur ou à son représentant, **l'ordonnance médicale, la photocopie du carnet de vaccination** et éventuellement les prescriptions pour le régime alimentaire.

## ☛ Contre-indications

Allergies connues : → Alimentaires :

→ Médicamenteuses :

Sportives : .....

Baignade : .....

Divers : .....

## ☛ COVID-19 :

Avez-vous un schéma vaccinal complet ?

Oui  Non

Avez-vous une attestation pour une contre indication médical

Oui  Non

Avez-vous une attestation médicale pour le non port du masque

Oui  Non

**Les attestations seront à remettre avec le pillulier pour la durée du séjour.**

### Certificat d'admission en séjour de vacances

Je soussigné, Docteur .....

certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical,

certifie que, Madame, Monsieur .....

peut être admis dans le séjour de vacances choisi.

A ....., le .....

Signature et cachet du médecin :

# 📁 Dossier d'inscription

## Dossier de santé

Dossier à caractère confidentiel

À retourner avec le dossier administratif

Pour chaque inscription, remplissez le dossier d'inscription et le dossier de santé en 2 exemplaires ci-joints.

Nom du vacancier : .....

Date de naissance : ..... Poids : ..... Taille : .....

### 📁 Renseignements médicaux

Nomination de la pathologie : .....

Description aussi précise que possible du handicap : .....

État de santé général : .....

#### → Examen

→ Cardiaque : .....

→ Pulmonaire : .....

→ Digestif : .....

→ Uro-génital : .....

#### → Troubles divers

Troubles de la vue :  Oui  Non

Troubles de l'ouïe :  Oui  Non

Troubles caractériels :  Oui  Non

Troubles de la parole :  Oui  Non

Enurésie :  Oui  Non

Encoprésie :  Oui  Non

Ethylisme :  Oui  Non

Asthme :  Oui  Non

Y-a-t-il des problèmes  Oui  Non

→ de transit / fécalome  Oui  Non

(joindre l'ordonnance du laxatif habituellement prescrit)

→ d'épisode de sub-occlusion  Oui  Non

→ d'épisode d'occlusion  Oui  Non

Est-il sujet à des crises comitiales ?  Oui  Non

Manifestation habituelle : .....

Fréquence : .....

Antécédents médicaux et chirurgicaux : .....

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre : .....

Pour les jeunes filles ou femmes, est-elle réglée ? :  Oui  Non

Sont-elles douloureuses ?  Oui  Non

Utilisation d'un moyen contraceptif :  Oui  Non

Si oui, lequel ? .....

Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire ? .....

Lequel ? .....

Les prescriptions : .....

La nourriture doit-elle être mixée ?  Oui  Non

Pré-hachée ?  Oui  Non

Tous les vaccins sont-ils à jour ?  Oui  Non

Est-il fumeur ?  Oui  Non

La baignade est-elle autorisée ?  Oui  Non

Sait-il nager ?  Oui  Non



## ☛ Traitement

Le vacancier est-il soumis à un traitement pendant le séjour ?  
(Si oui, l'ordonnance récente devra être jointe le jour du départ)

Oui  Non

Le vacancier prend-il ses médicaments, seul ?

Oui  Non

Le vacancier a-t-il des soins infirmiers réguliers :  
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)

Oui  Non

Le vacancier a-t-il des soins de kiné :  
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)

Oui  Non

## ☛ Matériel

Porte-t-il un matériel spécifique ? Si oui, lequel :

Oui  Non

Utilise-t-il un lit médicalisé ?\*

Oui  Non

A-t-il besoin d'un matelas anti-escarres ?\*

Oui  Non

Utilise-t-il un lève personne ?\*

Oui  Non

A-t-il besoin d'une contention ?\*

Oui  Non

Matériel utilisé pour la contention, (le joindre si un matériel spécifique est utilisé) :

**\* si oui, joindre l'ordonnance**

**Remettre obligatoirement au moment du départ** les semainiers pour la durée du séjour avec les médicaments en quantité suffisante au directeur ou à son représentant, **l'ordonnance médicale, la photocopie du carnet de vaccination** et éventuellement les prescriptions pour le régime alimentaire.

## ☛ Contre-indications

Allergies connues : → Alimentaires :

→ Médicamenteuses :

Sportives : .....

Baignade : .....

Divers : .....

## ☛ COVID-19 :

Avez-vous un schéma vaccinal complet ?  Oui  Non

Avez-vous une attestation pour une contre indication médical  Oui  Non

Avez-vous une attestation médicale pour le non port du masque  Oui  Non

**Les attestations seront à remettre avec le pillulier pour la durée du séjour.**

### Certificat d'admission en séjour de vacances

Je soussigné, Docteur .....

certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical,

certifie que, Madame, Monsieur .....

peut être admis dans le séjour de vacances choisi.

A ....., le .....

Signature et cachet du médecin :

