



« Cante Lauzette »


47350 Escassefort

☎ : 05.53.93.44.50. – 📠 : 05.67.80.66.71.

[plein.sud@solincite.org](mailto:plein.sud@solincite.org)

[www.pleinsud-vacances.fr](http://www.pleinsud-vacances.fr)

## DOSSIER D'INSCRIPTION

<p>Lieu de séjour : _____</p>	<p>Date du séjour : du _____ au _____</p>
<p><b>LE PARTICIPANT</b>      <input type="checkbox"/> M    <input type="checkbox"/> F</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Profil du vacancier :    <input type="checkbox"/> V.A    <input type="checkbox"/> V.M.A    <input type="checkbox"/> V.F.A    <input type="checkbox"/> V.D    <input type="checkbox"/> </p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Date de naissance : _____ âge : _____</p> <p>Lieu de naissance : _____</p> <p>Domicile :</p> <p><input type="checkbox"/> vit en établissement</p> <p><input type="checkbox"/> en famille</p> <p><input type="checkbox"/> en famille d'accueil</p> <p><input type="checkbox"/> seul</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Mail : _____</p> <p>Contact pendant le séjour : _____</p> <p>Personne à prévenir en cas d'urgence :</p> <p>Nom, Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Tél : _____</p> <p>Qualité : _____</p>	<p><b>ADRESSE DE FACTURATION</b> (si différente)</p> <p>Organisme ou Famille :</p> <p>Nom du référent : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p><b>Financement du séjour :</b></p> <p>Je soussigné : _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Mail : _____</p> <p>Agissant en qualité de _____</p> <p><b>Déclare avoir lu et approuvé les conditions générales d'inscription prévues dans la brochure et se porter garant du financement du séjour choisi.</b></p> <p>Fait à _____</p> <p>Le _____</p> <p>Signature : _____</p> <p><b>Confirmation de l'engagement financier :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Chèque d'arrhes ci-joint : _____ € (montant)</p> <p><input type="checkbox"/> Virement en date du : _____ de _____ € (montant)</p> <p><b>Rappel :</b> En cas d'annulation les arrhes versées restent acquises à l'association, quelque soit le motif de cette annulation (raison médicale comprise). <b>Nous vous conseillons de souscrire à une assurance voyage annulation.</b></p>
<p><b>Nom et téléphone de la personne d'astreinte joignable pendant toute la durée du séjour (plusieurs personnes le cas échéant) :</b></p> <p>➤ _____</p> <p>➤ _____</p> <p>➤ _____</p>	

## Vie quotidienne

### Hygiène corporelle

	Autonome	Aide partielle	*Aide totale
Fait sa toilette			
Haut			
Bas			
Dos			
Peur du bain		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Peur de la douche		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Rasage			
Coiffage			
Brossage des dents			
Port d'une prothèse dentaire		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<b>*Aide Totale :</b>	<b>*engage l'intervention d'un professionnel de santé RENSEIGNER IMPERATIVEMENT PAGE 4</b>		

### Contenance

	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Utiliser les toilettes			
	Oui	Non	précisez
Incontinence urinaire			<input type="checkbox"/> diurne <input type="checkbox"/> nocturne
Incontinence fécale			<input type="checkbox"/> diurne <input type="checkbox"/> nocturne
Utilise des protections ?	<input type="checkbox"/> Oui*	<input type="checkbox"/> Non	
<b>* si oui, prévoir les changes pour la durée du séjour</b>			

### Habillage

	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Habillage			
Haut			
Bas			
Choix de vêtements			
Reconnaître ses vêtements			
Se chausser			
Port de chaussures orthopédiques		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

### Alimentation

	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Manger			
Boire			
	Oui	Non	précisions
Risque de fausse route			<input type="checkbox"/> aliments solides <input type="checkbox"/> aliments liquides
Troubles alimentaires			<input type="checkbox"/> boulimie <input type="checkbox"/> anorexie
Texture particulières des aliments			<input type="checkbox"/> mixée <input type="checkbox"/> hachée <input type="checkbox"/> petits morceaux <input type="checkbox"/> boissons gélifiées
Régime alimentaire			
Matériel spécifique			
Peut boire de l'alcool			<input type="checkbox"/> à table <input type="checkbox"/> en dehors des repas
<b>Informations complémentaires sur les goûts et habitudes :</b>			

### Transferts

	Oui	Non	Précisez
<input type="checkbox"/> Non concerné			
Se déplace en fauteuil			<input type="checkbox"/> permanent* <input type="checkbox"/> occasionnel
Utilise une canne d'aide			<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> occasionnel
Utilise un déambulateur			<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> occasionnel
Transferts			<input type="checkbox"/> lit à fauteuil* <input type="checkbox"/> fauteuil à lit *
Matériel spécifique*			<input type="checkbox"/> lit médicalisé <input type="checkbox"/> chaise de douche <input type="checkbox"/> verticalisateur <input type="checkbox"/> autre :
Monte <input type="checkbox"/> escalier <input type="checkbox"/> marches			<input type="checkbox"/> avec aide
<b>*RENSEIGNER IMPERATIVEMENT PAGE 4</b>			

### Déplacements

Autorisation à sortir seul	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autoriser à rester seul sur le lieu de séjour	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
S'oriente dans l'espace	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
S'oriente dans le temps	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mémorise un lieu de destination / trajet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Utilise les transports en commun	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
S'adapte à des lieux nouveaux / publics	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Lit les panneaux indicateurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Sait rentrer à heure fixe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Sait traverser la chaussée sans danger	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Sort en petit groupe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Fatigabilité	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> faible

### Finances

Capacités	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Précisez
Gestion argent				<input type="checkbox"/> à la journée <input type="checkbox"/> à la semaine
Fournir les justificatifs				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Informations complémentaires :</b>				
<b>*Aide Totale</b>	<b>la somme allouée doit transiter par le service administratif de Plein Sud</b>			

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Lieu de séjour : \_\_\_\_\_

**Actes de la vie domestique**

**Communication**

	Oui	Non	Précisions
La vue			<input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles
L'ouïe			<input type="checkbox"/> prothèses <input type="checkbox"/> autre
<b>Moyen de communication</b>			
Verbal			
Gestuel (L.S)			
Tactile			
Pictogrammes			
Autre			
Matériel nécessaire			
<b>Sait lire et écrire</b>			

**Habitudes de vie**

**Vie personnelle**

<b>Situation et risques</b>	Oui	Non
Tendance à fuguer		
Troubles de la mémoire		
Délires		
Hallucinations		
Phobies		
Crises d'angoisses		
Agressivité		
Automutilation		
Mise en danger de soi (refus de soins etc...)		
Comportements exhibitionnistes		
Troubles obsessionnel compulsifs		
Tendances au retrait		
Consommation de tabac		
Gère seul ?		
<b>Nuit, sommeil, lever coucher</b>	Oui	Non
Besoin d'une présence la nuit		
Se couche tôt (préciser l'heure)		
A peur de l'obscurité		
A des difficultés pour s'endormir		
Se réveille la nuit		
A des angoisses nocturnes		
A des insomnies		
A un lever difficile		
Se lève tôt (préciser l'heure)		
Fait la sieste		

<b>Habitudes de vie / comportement</b>	Oui	Non
La personne vit-elle en couple ?		
Le/la conjoint est-il (elle) inscrit sur le même lieu		
Sens social avec une personne connue		
Sens social avec une personne inconnue		
Objet fétiche		
Rituels		
Goûts particuliers		
Aime participer à la conception de repas		
Aime participer aux tâches de la vie quotidienne		

**Loisirs**

<b>Activités sportives et de loisirs</b>	Oui	Non
Sait faire un choix parmi plusieurs activités		
Pratique régulière d'une activité sportive / Loisirs		
Cinéma, spectacles		
Sait faire du vélo		
Sait nager		
Sait monter à cheval		
Marche		
Sait skier		

**Informations complémentaires :**

**Le Participant :**

**Vie quotidienne** (habitudes au lever, coucher, repas, rituels) :

.....

.....

.....

.....

**Vie sociale** (relation avec les autres résidents et l'encadrement, adaptabilité à l'environnement) :

.....

.....

.....

.....

**Secteur à risque** : la foule, la solitude, les angoisses nocturnes (besoin d'une lumière la nuit) :

.....

.....

.....

.....

**Éléments importants** : (Tics, T.O.C.S, comportements habituels ou discordants (sexuel, alimentaires...)).

.....

.....

.....

.....

.....

## Traitement médical

Capacités	Automne	Aide partielle	Aide totale
Gestion du traitement			
Suivi du traitement			
Contraception			

**\*Aide partielle / aide totale : la distribution du traitement médical sera assurée par le directeur-adjoint de séjour et l'équipe d'animation.**

fournir les médicaments sous piluliers blisters individuels et nominatifs

pas de traitement médical

**Les ordonnances correspondantes aux personnels = et matériels nécessaires sont à inclure au dossier médical : Intervention du service de soins, soins infirmiers, matériel adapté....**

Le vacancier a besoin de soins infirmiers (injection, pansement, prothèse oculaire...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le vacancier a besoin de matériel adapté (Fauteuil manuel, lit médicalisé, verticalisateur...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**A fournir obligatoirement** (les originaux sont obligatoires pour les séjours Europe et étranger)

copie d'une pièce d'identité

copie de l'attestation de droits Sécurité Sociale

copie de la carte mutuelle

les ordonnances et prescriptions en vigueur et le nécessaire pour les soins.

copie de la carte Européenne d'Assurance Maladie (séjour Europe)

attestation de vaccination Covid-19



**Le dossier d'inscription complet (y compris la photo d'identité) doit être transmis à Plein Sud deux mois avant le début du séjour. Passer ce délai, Plein Sud se réserve le droit d'annuler la réservation.**

# DOSSIER MÉDICAL

**Attention : les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles**

LE PARTICIPANT  M  F

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Lieu de séjour : \_\_\_\_\_

Date du séjour : \_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....  
.....

Est-il joignable durant le séjour ?  Oui  Non

Si le médecin traitant n'est pas joignable, nom, prénom, adresse et téléphone du médecin coordinateur joignable durant le séjour :

.....

Groupe Sanguin :

A+	A-	B+	B-	AB+	AB-	O+	O-

**Antécédents médicaux**

.....  
.....

Activités sportives :  Oui  Non

Préciser :

Une activité soutenue est-elle déconseillée ? :

Oui  Non

Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée :  Oui  Non

**Pour la vacancière :**

Si prise d'un contraceptif, préciser lequel (médicament ou autre moyen de contraception) :

Prend son contraceptif seule :  Oui  Non

Est-elle réglée  Oui  Non

Les règles sont-elles ?

Abondantes :  Oui  Non

Aménorrhées :  Oui  Non

Dysménorrhées (douleuruses) :  Oui  Non

(prévoir les serviettes hygiéniques)

**Vaccinations / Allergies :**

Vaccination à jour	Oui	Non	Date dernier rappel
Hépatite A :			
Hépatite B :			
Tétanos :			
Grippe :			
Covid :			
Autres :			
.....			
.....			
.....			

Allergies connues, aux aliments, aux médicaments, etc :

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

Le vacancier fume-t-il des produits du tabac ?

Oui  Non

Le vacancier consomme-t-il des boissons alcooliques ?

Oui  Non

A-t-il une consommation problématique d'alcool ?

Oui  Non

**Pathologie en cours :**

Diabétique  Oui  Non

Si oui, gère seul ses injections  Oui  Non

Intervention I.D.E  Oui  Non

Fréquences : .....

Asthmatique  Oui  Non

Si oui, date de la dernière crise : .....

Epilepsie stabilisée  Oui  Non

Si oui, date de la dernière crise : .....

Contre-indications :

.....

**Handicap / Déficience :**

Mental

Moteur

Psychique

Polyhandicap

Cognitif

Sensoriel

Pathologie (s) associée (s) :

.....  
.....

**Autorisation d'opérer (joindre copie du jugement) :**

Autorisation d'intervention chirurgicale

Nous, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal)

.....  
.....

Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur la personne.

.....  
.....

Fait à ....., le .....

Signature du vacancier ou de son représentant légal

.....




 « Cante Lauzette »  
 47350 Escassefort  
 ☎ 05.53.93.44.50. – 📠 : 05.67.80.66.71.

[plein.sud@solincite.org](mailto:plein.sud@solincite.org)  
[www.pleinsud-vacances.fr](http://www.pleinsud-vacances.fr)

## FICHE POUR LES TRANSPORTS

Document à renvoyer une fois dûment complété (date, horaires précis, N° de train).

### - Le voyageur -

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Lieu du séjour : \_\_\_\_\_

Date du séjour : \_\_\_\_\_

### Domicile, établissement, famille

Dénomination : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

### Voyage Aller

 Option 1

 Arrivée sur le lieu de séjour, transport assuré par vos soins

 Oui -  Non : \_\_\_\_\_

 Heure d'arrivée (obligatoirement **après 16h00**) : \_\_\_\_\_

### Voyage Retour

 Départ du lieu de séjour, transport assuré par vos soins

 Oui -  Non : \_\_\_\_\_

 Heure de départ (obligatoirement **avant 09h30**) : \_\_\_\_\_

 Option 2

 Le vacancier voyage seul en train. Accueil en gare la plus proche du lieu de séjour ou Marmande (\*).

Départ gare de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Arrivée gare de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du vacancier \_\_\_\_\_

 Le vacancier voyage seul en train. Accompagnement en gare la plus proche du lieu de séjour ou Marmande (\*).

Départ gare de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Arrivée gare de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

(\*) Fournir obligatoirement la copie des titres de transport

 Option 3,4 et 5

 Voyage Aller organisé par Plein Sud au départ de :

 Marmande

 Ville de départ : \_\_\_\_\_

 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Accompagnement train, bus ou personnalisé (☺ horaire de rendez-vous établi en lien avec les contraintes légales des transporteurs) Si vous voyage avec Plein Sud, une confirmation de transport vous sera adressée.

 Voyage Retour organisé par Plein Sud au départ de :

 Marmande

 Ville de départ : \_\_\_\_\_

 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Quel que soit le moyen de transport retenu, nous vous demandons de nous communiquer les coordonnées de la personne qui accompagnera le voyageur à l'aller et au retour.**

 Membre de l'équipe éducative : numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

 Famille : numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

 Taxi : coordonnées \_\_\_\_\_ numéro de téléphone \* : \_\_\_\_\_

Fait à..... Le..... Nom et Signature.....