



# DOSSIER DU VACANCIER

Questionnaire strictement confidentiel et destiné, à la fin du séjour, à être détruit.  
 Ce document ne peut être considéré comme une fiche d'inscription, il est à nous retourner en 1 seul exemplaire au plus tard 2 semaines après l'inscription.  
**A DÉFAUT DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET, LA RÉSERVATION NE PEUT ÊTRE VALIDÉE.**  
 Chaque dossier est étudié avant le séjour. Dans le cas où l'autonomie du vacancier ne correspond pas à celle requise au séjour nous nous réservons le droit de vous proposer une autre destination ou de refuser l'inscription. **Ne pas envoyer par fax : Illisible.**

Photo  
**OBLIGATOIRE**  
 (collée  
 non agrafée)

SEJOUR : \_\_\_\_\_ Date : du .... / ..... / ..... au .... / ..... / .....

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : .... / .... / .....

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ N° de portable du vacancier \_\_\_\_\_

Adresse domicile (Foyer / Famille) : \_\_\_\_\_

Etes-vous déjà parti avec Vacancia:  Oui  Non si oui quel séjour : \_\_\_\_\_

TYPE DE HANDICAP : \_\_\_\_\_

VACANCIER SOUS TUTELLE :  OUI  NON

VACANCIER SOUS CURATELLE :  OUI  NON

TRAVAILLEUR ESAT :  OUI  NON - si oui domaine d'activités : \_\_\_\_\_

LIEU D'HABITATION :  Foyer  Appartement  Parents  Hôpital

**EN COUPLE SUR LE SÉJOUR :**  OUI  NON si oui avec \_\_\_\_\_

**Partagent-ils la même chambre :**  OUI  NON

## Coordonnées administratives

Précisez les adresses d'envoi de la convocation et de la facture

	Nom et Prénom	Adresse	Code Postal	Ville	Téléphone
Personne chargée de l'inscription (joignable en cas de besoins d'information complémentaire)					
	Adresse mail :				
Adresse d'expédition des convocations Transport					
Adresse d'expédition de la facture Organisme payeur					
	Adresse mail tuteur :				

**IMPORTANT : Veuillez remplir scrupuleusement la page DV-2 : coordonnées/contacts pendant le séjour.**

## Garanties (optionnelles)

GARANTIE CONTRACTUELLE ANNULATION (4% du prix du séjour)  OUI  NON

GARANTIE CONTRACTUELLE INTERRUPTION (2% du prix du séjour)  OUI  NON

Si aucune case n'est cochée, nos services considéreront les garanties non souscrites

**Garanties à valider au moment de l'inscription**

## Transport (cf conditions catalogue)

**PRISE EN CHARGE TRANSPORT** (utilisation des transports Vacancia)  OUI  NON (la personne se rend directement sur le lieu de séjour)  
 Transport : Nous venons vous chercher au plus proche de chez vous (cas particulier nous consulter).  
 Nous nous référons à votre adresse de domicile ou foyer pour valider votre lieu de prise en charge

**PERSONNE ACCOMPAGNATRICE à l'aller :** Nom \_\_\_\_\_ **Portable obligatoire :** \_\_\_\_\_

**au retour :** Nom \_\_\_\_\_ **Portable obligatoire :** \_\_\_\_\_

Est-il autorisé à rentrer seul du lieu de convocation retour à son domicile  OUI  NON

**Si un taxi a été réservé merci de nous envoyer les informations par écrit avec les coordonnées du taxi (mail, fax, courrier) (taxi et/ou hébergement à charge du vacancier si personne ne le prend en charge sur le lieu de convocation retour)**



Nom

Prénom :

SEJOUR :

## COORDONNEES - CONTACTS PENDANT LE SÉJOUR

**IMPORTANT** : pour une bonne prise en charge et afin de garantir la sécurité du vacancier pendant toute la durée du séjour, merci de renseigner l'ensemble des coordonnées ci-dessous.

## PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE - ASTREINTE 24H/24H - 7J/7J

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

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

## MEDECIN TRAITANT

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

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

## STRUCTURE (FOYER/FAMILLE) CAPABLE D'ACCUEILLIR LE VACANCIER EN CAS D'INTERRUPTION ANTICIPEE DU SEJOUR

Nom et Prénom ou foyer : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

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

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ SEJOUR : \_\_\_\_\_

## CAPACITÉS MOTRICES ET COMMUNICATION

Veillez à ce que les capacités motrices correspondent au séjour

- |  |   |
|--|---|
| • Difficultés motrices : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                     | • Apte à participer aux sorties: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |
| • Appareillage : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                             | • Est capable de marcher <input type="checkbox"/> 1 km <input type="checkbox"/> 3kms <input type="checkbox"/> 5 kms <input type="checkbox"/> plus |
| <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil | • Peut monter/descendre un escalier <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
| • Problème moteur : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                          | • Baignade surveillée autorisée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
| • Fatigabilité : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                             | Si non, motif : _____   |
| • Chaussure orthopédique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                     | • Sait nager : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |

- |   |   |
|---|---|
| • Difficultés du langage : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    | • Prothèse(s) auditive(s) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Sait se faire comprendre : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  | • Difficultés visuelles : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
| • Comprend ce qu'on lui dit : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Non voyant <input type="checkbox"/> Mal voyant               |
| • Muet : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                      | • Porte des lunettes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON      |
| • Difficultés auditives : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON     | • Sait lire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON               |
| • Sourd : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                     | • Sait écrire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON             |

## COMPORTEMENT ET AUTONOMIE

- |  |   |
|--|---|
| • Troubles du comportement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                     | • Fugueur : <input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON                                    |
| • Agressivité physique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                         | - si oui fréquence _____  |
| • Agressivité verbale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                          | - si oui élément déclencheur _____  |
| • Troubles de l'orientation : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                    | • Kleptomanie : <input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON                                |
| • Tendance à l'ethylisme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                       | • Automutilation : <input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON                             |
| • Apte à rester seul sur le lieu d'hébergement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Trouble du comportement à caractère sexuel : <input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON |
- S'il existe une contre-indication médicale au libre choix de la vie sexuelle de la personne, merci de joindre un courrier confidentiel à l'attention du directeur.  
(\* si oui merci de joindre une note explicative)

### AUTONOMIE GÉNÉRALE : VAC 1

- Sortie seule autorisée :  OUI  NON
- Gère seul son argent personnel :  OUI  NON
- Peut se vêtir seul :  OUI  NON
- S'occupe de son linge :  OUI  NON
- Possède un portable (si oui numéro) : \_\_\_\_\_

### VAC 2

- Se lave seul :  OUI  NON
  - Va aux toilettes seul :  OUI  NON
  - Autorisation de consommation d'alcool pendant le séjour (uniquement à l'extérieur)  OUI  NON
- Nota compte tenu du public accueilli l'alcool est proscrit sur les structures.

## SANTÉ

- |  |  |
|--|--|
| • <b>Traitement médical :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  | • Allergies : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |
| - si oui pris seul <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   | - si oui, lesquelles : _____   |
| • <b>Soins médicaux nécessitant une intervention médicale extérieure :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Contraceptif : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
| - si oui lesquels et fréquence (joindre l'ordonnance)  | - Pris seul : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |
| _____  | - type de contraceptif _____   |
| • Epilepsie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  | • Encoprésie : (si oui alèse obligatoire) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |
| - stabilisée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   | • Enurésie/Incontinence : (si oui alèse obligatoire) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
| - fréquence : _____  | • Trouble du sommeil <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
| - Type (chute, absence, perte de connaissance ...) _____   | • Apnée du sommeil <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
| • Injection (joindre ordonnance) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   | • Appareillage (gère seul obligatoire) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
| - si oui date : _____  | • Fumeur : (prévoir un budget) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
| • Diabétique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   | - si oui quantité _____  |
| - si oui insulino-dépendant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  | • Appareil dentaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |
| - si oui gère seul ses injections <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  | • Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
| - si oui fréquence des injections _____  | - si oui lequel _____  |
| • Cardiaque : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  | - aliment(s) proscrit(s) : <b>fournir une note</b>   |
| • Asthmatique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  | • Repas mixés <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |
| • Autre maladies connues : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   | Nota : les régimes spécifiques ou repas mixés nécessitent l'accord préalable de l'hébergeur (possibilité par l'hébergeur (cuisine collective) de respecter le régime). |
| - si oui précisez : _____  | • Sujet aux fausses routes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
| • Maladie transmissible : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |  |



Nom

Prénom :

SEJOUR :

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

**IMPORTANT : A REMPLIR AVEC LE PLUS DE PRECISION POSSIBLE**

Y-a t'il d'autres points, éléments, précautions sur lesquels vous souhaiteriez insister (comportement, habitudes, situation difficile, crise . . . )

## AUTONOMIE AU QUOTIDIEN

HYGIÈNE : \_\_\_\_\_

MÉDICAMENTS : \_\_\_\_\_

LINGE : \_\_\_\_\_

REPAS : \_\_\_\_\_

ARGENT PERSONNEL : \_\_\_\_\_

## COMPORTEMENT

RELATION AVEC LE GROUPE : \_\_\_\_\_

RELATION AVEC L'ENCADREMENT : \_\_\_\_\_

PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS : \_\_\_\_\_

## REMARQUES COMPLÉMENTAIRES / CONTRE INDICATIONS

## INFORMATIONS SANITAIRES

- Vaccination COVID-19 à jour  OUI  NON
- Contre-indication à la vaccination  OUI  NON
- Contre-indication au port du masque  OUI  NON



Nom

Prénom :

SEJOUR :

## GESTION ARGENT PERSONNEL

**DATE LIMITE DE L'ENVOI AU 30 NOVEMBRE 2023**

**(Passé ce délai nous ne pouvons garantir la gestion de l'argent personnel par nos soins).**

MONTANT :

CONSIGNE DE GESTION OU DISTRIBUTION (Combien ? Périodicité ?)

C/Bqe 10207	C/Guichet 00426	N° Cpte 22213898087	C/RIB 05
IBAN BIC	FR76 1020 7004 2622 2138 9808 705 CCBPPFRPPMTG Titulaire du compte SAS Sjours Adaptés		

VACANCIA SÉJOURS ADAPTÉS vous conseille vivement de nous faire parvenir l'argent personnel de chaque vacancier (par chèque ou virement). Ceci évite tous les problèmes pouvant léser le vacancier (perte, vol ...) durant le séjour. Nous vous fournirons un décompte individuel d'argent personnel en fin de séjour pour les vacanciers n'ayant pas d'autonomie financière, nous vous restituerons également le reliquat d'argent s'il y a lieu (par chèque).

**NB** : si la personne est de bonne autonomie et que vous demandez la distribution d'une somme importante chaque semaine, nous ne serons pas en mesure de vous fournir tous les justificatifs.

**Rappel** : nos animateurs ne prennent pas d'argent personnel le jour du départ.

## NOTES IMPORTANTES TUTEUR / FOYER

Toute inscription, sous-entend avoir pris connaissances des conditions générales et particulières de vente incluses dans le catalogue VACANCIA SEJOURS ADAPTES et les accepter. Notamment, le fait qu'il n'y ai pas d'interdiction médicale particulière à participer au séjour, à suivre les activités proposées dans la description du séjour choisi, ainsi qu'à emprunter nos transports.

Toute inscription engage le tuteur (ou l'organisme payeur) à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par VACANCIA SEJOURS ADAPTES.

### IMPORTANT :

- Pour l'envoi de la facture

Courriel du tuteur : .....@.....

- Pour la réception : confirmation de réservation, demandes particulières, convocations, bilans, codes accès photos, identifiants dossier en ligne.....

Courriel de la personne chargée de l'inscription : .....@.....

**PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER :**  
(TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE ACCEPTÉ PAR NOS SERVICES)

- Dossier complet dûment rempli (5 pages Impératif)
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale ou de la carte vitale
- Photocopie de la carte mutuelle
- Copie carte européenne pour les séjours en Europe

- Photocopie de la carte d'invalidité
- Copie de la prescription médicale dactylographiée valable pour la durée du séjour
- Photocopie de la carte d'identité (recto-verso) ou passeport pour les vols aériens.

# BIEN REMPLIR SON DOSSIER

## A LIRE ATTENTIVEMENT

(Article R. 412-11 du code du tourisme et instruction DGCS/SD3B/2015/233 du 10 juillet 2015 relative à l'organisation des séjours de vacances pour personnes handicapées majeures)

Questionnaire médical adressé préalablement à la tenue du séjour, à la personne accueillie, ou à son représentant légal, afin de connaître ses besoins et ses problèmes de santé.

Ce questionnaire est strictement confidentiel, et destiné, à la fin du séjour, à être détruit.

### REMARQUES IMPORTANTES

Garant du bien-être, de la sécurité, du confort de la personne accueillie et de la qualité du séjour, VACAN-CIA Séjours Adaptés s'adresse à des travailleurs ESAT et/ou des personnes adultes déficientes intellectuelles. Nos encadrants, pendant la période du séjour, ne sont considérés, ni comme éducateurs spécialisés, ni comme aides-soignants.

Compte tenu de notre organisation et de ces informations, nos séjours ne peuvent s'adresser aux personnes :

- Nécessitant un fauteuil roulant ou un déambulateur pour leurs déplacements
- Nécessitant un personnel médical spécialisé
- Résidents en EHPAD dont l'autonomie nécessite un encadrement personnalisé
- Nécessitant un accompagnement personnalisé, ou du matériel médicalisé
- Inaptes à la vie en collectivité (troubles du comportement importants : violence, agressivité, comportement asocial).
- Dont l'épilepsie n'est pas stabilisée
- Nécessitant l'intervention d'une IDE plus d'une fois par jour (incompatible avec la vie du groupe)

(L'intervention doit être organisée par le foyer à des horaires ne pénalisant pas la vie collective ou les activités) Attention : les injections ne peuvent être organisées pendant les journées de transport.

- Sous traitement sous forme de gouttes à compter (solution buvable : autre que collyre, gouttes pour les oreilles et sirop sous forme de dose unique . . .)
- les profils autonomie VAC 3 (selon la grille page 9)
- Pour les séjours à l'étranger : Nécessitant des soins particuliers (soins, injections...)

**IMPORTANT** : Tout dysfonctionnement ou difficulté lié au comportement du vacancier ou à sa prise en charge quotidienne entrainera une première prise de contact avec le foyer ou la personnes référente, afin de tenter de résoudre le problème rencontré. Une fois cette démarche effectuée, et sans succès, il vous incombe d'organiser le retour du vacancier à vos frais. Dans tous les cas, le séjour reste intégralement dû (cf conditions de vente).

Lorsque vous remplissez votre dossier, PENSEZ :

- A remplir correctement « tous les champs »
- A renseigner les « Informations Complémentaires » (N'hésitez pas à nous transmettre un rapport de comportement).
- A la partie « Gestion argent personnel » et « Attestation tuteur Légal »
- Bien préciser les adresses :
- D'envoi de la confirmation de réservation
- D'envoi de la convocation
- D'envoi de la facture
- **IMPORTANT** : Dans le cadre de l'étude du dossier, il est possible que nos services aient besoin de vous contacter afin d'obtenir des compléments d'informations.

Il est donc **INDISPENSABLE** de nous indiquer (1ère page du dossier de vacancier), le contact « courriel » et le téléphone direct de la personne en charge de la réservation.

- Veuillez à être le plus transparent possible dans les informations communiquées relatives à la personne inscrite

Tous les dossiers sont étudiés et validés par nos services.

Compte tenu des informations fournies, nous nous réservons le droit de refuser l'inscription d'une personne si son comportement, son autonomie, ne correspondent pas aux critères d'accueil de nos séjours.

Il est donc essentiel de respecter les délais d'envoi du dossier (15 jours après l'inscription), afin de garantir un délai d'étude, et de demande d'informations si nécessaire.