



50 RUE RIOLAN
80000 AMIENS
TEL. : 03 22 92 68 76
contact@alpha-picardie.fr

IMPORTANT

Veillez vous assurer de l'exactitude des informations indiquées dans ce dossier. Toute information omise ou fausse déclaration pouvant nuire à la santé du vacancier, à son intégrité physique, et/ou à celles des autres entraînera un rapatriement aux frais du vacancier avec non-remboursement du séjour. **Ce dossier est à retourner à ALPHA PICARDIE dument complété et signé avant le 23 mai 2025.**

Joindre obligatoirement à ce dossier :

Photocopies de l'attestation de sécurité sociale, de la mutuelle, de la carte d'invalidité et de la carte d'identité.

DOSSIER D'INSCRIPTION - SEJOURS ADAPTES

Nom et prénom du vacancier :

Date de naissance :/...../..... Sexe : Féminin Masculin

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Numéro de téléphone portable du vacancier :

Numéro de sécurité sociale :

Autonomie du vacancier : A1 A2 B1 B2 (se référer au tableau du catalogue page 4)



Séjour choisi :

Dates du séjour : du au

En couple sur le séjour avec : Si oui : chambre partagée : Oui Non

Ville de départ souhaitée : Ville de retour souhaitée :

(Tous nos séjours se font au départ et retour d'Amiens, cependant des convoyages gratuits sont organisés en fonction de la demande)

Personne chargée de l'inscription (Nom et prénom) : Qualité :

Adresse : Code postal :

Ville : Email :

Téléphone(s) : Fax :

Etablissement fréquenté :

SAVS Foyer d'hébergement Foyer de vie FAM ESAT AUCUN Autre :

Adresse : Code postal :

Ville : Email :

Téléphone(s) : Fax :

Le vacancier est-il sous mesure de protection ? Oui Non Laquelle ?

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse : Code postal :

Ville : Email :

Téléphone(s) en cas d'urgence : Fax :

Qui contacter le jour du départ (nom, téléphone, email astreinte) :

Qui contacter pendant le séjour (nom, téléphone, email astreinte) :

Qui contacter le jour du retour (nom, téléphone, email astreinte) :

Nom de la personne ayant rempli le dossier :

Fonction :

Date :

Nom du responsable légal :

Date : Signature :

Nom et prénom du vacancier :

1. VIE QUOTIDIENNE

	Seul(e)	Avec un aide	Si aide, précisez :
Fait sa toilette			
Prend sa douche			
Se rase			
Se coiffe			
S'habille			
Change ses vêtements			
Change ses sous-vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			

	Oui	Non	Précisions complémentaires
A peur de la douche			

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Est énurétique le jour			Utilise des protections ? oui non
			Sont-elles fournies ? oui non
Est énurétique la nuit			Utilise des protections ? oui non
			Sont-elles fournies ? oui non
Est encoprétique le jour			Utilise des protections ? oui non
			Sont-elles fournies ? oui non
Est encoprétique la nuit			Utilise des protections ? oui non
			Sont-elles fournies ? oui non

Autres précisions et préconisations :

2. RYTHME ET REPOS

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Se lève tôt			
Se lève tard			
Se couche tôt			
Se couche tard			
Fait la sieste			
A peur de l'obscurité			
A des difficultés pour s'endormir			
Se réveille la nuit			
A des angoisses nocturnes			
A des insomnies			
Autres troubles du sommeil (à préciser)			

Autres précisions et préconisations :

3. HABITUDES DE VIE

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Vit en appartement			Seul A plusieurs
Vit en couple			
Consomme modérément de l'alcool (ex : 1 bière lors d'une sortie)			
Fume <i>Si oui, précisez</i>			Gère seul (gère ses achats et sa consommation de cigarettes) Gestion assistée (il est remis un nombre donné de cigarettes, par jour, en une fois) Indiquez le nombre : /jour Ne gère pas seul (cigarettes remises à l'unité) Indiquez le nombre : /jour
Gestion de l'argent personnel	X		Gère seul (le vacancier ne confie pas son argent, il est en complète autonomie) Gestion assistée (il est remis au vacancier une petite somme d'argent qu'il gère seul) Indiquez le montant : €/semaine Ne gère pas seul (la gestion de l'argent personnel est faite pour et/ou avec le vacancier)

4. RELATIONS ET COMMUNICATIONS

Relations avec :	Bonne	Réservée	Tendance à l'isolement
- les vacanciers			
- l'encadrement			
- les hommes			
- les femmes			
- les enfants			
- les inconnus			

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Comprend			
Langage verbal			
Problème d'élocution			
Utilise des sons, cris, vocalises			
Aphasie			
Mutisme			
Logorrhées			
Écholalies / Itérations			
Sait lire			
Sait écrire			
Sait téléphoner			
Possède un téléphone portable			Numéro :

Autres précisions et préconisations :

5. LOISIRS ET CENTRES D'INTERETS

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Sait faire un choix parmi plusieurs activités			
Pratique régulière d'une activité sportive (préciser)			
Pratique régulière d'une activité de loisirs (préciser)			
Peut soutenir son attention de manière prolongée (durée d'un film, d'un spectacle)			
Baignade autorisée (baignade surveillée)			Sait nager : oui non
Sait skier (<i>séjours à la montagne en hiver</i>)			
Contre-indications :			

Centres d'intérêts, ce que le vacancier aime ou n'aime pas faire :

6. DEPLACEMENT

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Bon marcheur			
Fatigable			
Apte à monter/descendre des escaliers			
Se repère dans l'espace intérieur			
Se repère dans l'espace extérieur			
Mémorise un trajet			
Sait demander son chemin			
Se repère dans le temps			
Lit l'heure			
Sait rentrer à heure fixe			
Autorisé à sortir seul <i>Si oui compléter « précisions complémentaires »</i>			Complète autonomie (sait prendre et se repérer seul dans les transports en commun) En lieux nouveaux et inconnus non repérés En lieux nouveaux et inconnus préalablement repérés

7. APPAREILLAGE

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Port de lunettes			
Port d'appareil auditif			le nettoie seul : oui non
Appareil dentaire amovible			le nettoie seul : oui non
Chaussures orthopédiques			
Bas de contention			
Autre appareillage spécifique :			

Problèmes moteurs : oui non			
Si oui, le vacancier a-t-il besoin :	occasionnellement	permanent	précisions complémentaires
- d'un fauteuil roulant			
- d'un déambulateur			
- d'une canne / de béquilles			

8. ALIMENTATION

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Mange seul			
Boit seul			
Anorexie			
Boulimie			
Angoisse au moment des repas			
Addictions (à préciser)			
Autres troubles alimentaires (à préciser)			
Régime alimentaire (à préciser) <i>Fournir ordonnance et repas types</i>			
Allergies alimentaires (à préciser)			
Risque de fausse route (à préciser)			Si oui : Besoin de présence Mixé Mouliné Aide à la découpe Autres, précisez

9. NATURE DU HANDICAP ET COMPORTEMENT

Déficiência / handicap :

Moteur Mental Cognitif Polyhandicap Social(e) Psychique

Précisez :

Pathologie(s) associée(s) :

			Légère	Moyenne	Complète
Déficiência visuelle :	oui	non			
Déficiência auditive :	oui	non			

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Tendance à fuguer (si oui précisez)			Fréquence : Date de la dernière fugue :
Tentative de suicide			Date de la dernière tentative :
Crises d'angoisse			
Fabulations, délires			
Peur de la foule			
Peur des animaux			
Autres phobies (à préciser)			
Troubles obsessionnels et compulsifs			
Mise en danger de soi (refus de soins...)			
Automutilation			
Agressivité verbale			
Agressivité physique (précisez)			
Comportement exhibitionniste			
Troubles de la sexualité (précisez)			
Kleptomanie			
Rituels (à préciser)			
Objet fétiche (si oui, précisez)			
Tendance au retrait, à l'isolement			

Autres précisions et préconisations :

10. SANTE

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Vaccinations à jour			
Hospitalisation récente			Psychiatrie Si oui, date : Générale Cause :
Conscience de la douleur			
En capacité de situer la douleur			
Troubles de la mémoire			
Problème d'éthylisme Si oui précisez			Interdiction totale de consommation d'alcool
Problème de transit			Si oui, précisez :
Potomanie			
Surveillance de l'hydratation			
Épilepsie			Stabilisée : oui non Fréquence des crises :
Cardiopathie (si oui, précisez)			
Allergies (si oui, précisez)			
Problèmes dermatologiques (précisez)			
Photosensible			
Asthmatique (si oui, précisez)			
Apnée du sommeil			Appareillage : oui non
Diabétique (si oui, précisez)			Insulino-dépendant : oui non Fréquence des injections : /jour Autres précisions :
Autres problèmes de santé (ex : maladie chronique, HIV, Hépatite, ect.) Si oui, voir « précisions complémentaires »			Joindre un courrier du médecin traitant ou spécialiste, sous pli cacheté, noté « secret médical », et résumant les problèmes médicaux, chirurgicaux, les précautions particulières, protocoles etc...

Extrait de l'article D.344-5-7 du code de l'action sociale et des familles (CASF) relatif aux établissements et services accueillant des adultes handicapés : « Il appartient (...) au responsable de l'établissement de veiller à la parfaite transmission des informations concernant notamment la santé et les besoins du résident à l'organisateur du séjour VAO. »

11. TRAITEMENT MÉDICAL

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Suit un traitement			
A un moyen de contraception, Lequel ?			

RAPPEL : les traitements médicaux devront **IMPÉRATIVEMENT** être préparés et conditionnés dans des semainiers pour la durée totale du séjour.

Des semainiers jetables sont mis à disposition gratuitement pour les établissements et les familles, par l'association, n'hésitez pas à en faire la demande.

Le traitement sera distribué par l'équipe d'encadrement.

	Oui	Non	Si oui, à quelle adresse ?
Souhaitez-vous recevoir des semainiers jetables ?			

ATTENTION :

Nous fournir avant le départ :

- **une seule ordonnance dactylographiée et actualisée** (moins de 3 mois en fin de séjour - exigence DDETS)

et si besoin :

- un courrier du médecin traitant ou spécialiste, sous pli cacheté, noté « secret médical », et résumant les problèmes et antécédents médicaux, chirurgicaux, précautions particulières etc.

Pendant le séjour, le vacancier a-t-il besoin d'actes médicaux réalisés par un professionnel de santé ?	Oui	Non	Fréquence / Dates
Injection(s)			
Contrôle de glycémie / injections d'insuline			
Lavement			
Autre(s) :			
.....			

Attentions particulières concernant le traitement ou des soins :

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Demeurant : _____

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise l'association ALPHA PICARDIE dont le siège est situé au 50 rue Riolan 80000 AMIENS à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques lors du séjour adapté qui aura lieu en Juillet/Août 2025.

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par la structure sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, catalogue, supports numériques, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Fait à _____, le _____

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »