APF Évasion
France handicap
www.apf-evasion.org

SÉJOUR DE VACANCES
DEMANDE D'INSCRIPTION

(sous réserve des places disponibles et respect des modalités d'inscription)

Catégorie de séjour demandé	Enfance-Jeunesse	Adulte
	❑ Séjour APF Évasion ❑ Séjour Inclusion	❑ France ❑ Étranger

Cadre réservé à APF Evasion **(ne rien inscrire dans cette case)** IND ..... / RL IND .....

Séjours enfance jeunesse : Animateur référent : ..... ❑ Dépôt dossier aide financière

NOM : ..... **PRÉNOM :** .....

Date de naissance : ..... Sexe : ❑ M ❑ F

Tél. : ..... Portable : .....

Mail : ..... @ ..... **(obligatoire)**

Je vis : ❑ Seul ❑ En établissement ❑ En famille

Adresse de lieu de vie (s'il s'agit d'un établissement préciser le nom)

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Nom du contact éventuel au sein de l'établissement : .....

Tél. : .....

Êtes-vous sous mesure de curatelle : ❑ oui ❑ non tutelle : ❑ oui ❑ non

Nom du tuteur, curateur ou organisme de protection .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Mail : ..... @ ..... **(obligatoire)**

Toute la correspondance relative à l'inscription sera adressée au représentant légal par mail

Adhérent APF France handicap : ❑ oui ❑ non N° d'adhérent : .....

❑	**CAF** (Caisse d'Allocations Familiales) Personnes mineures	Identifiant = ...	❑	**AGOSPAP** (Association pour la Gestion des Oeuvres Sociales des Personnels des Administrations Parisiennes)	Identifiant = ...
❑	**CGOS** (Comité de Gestion des Œuvres Sociales)	.....	❑	**SRIAS** (Section Régionale Interministérielle d'Action Sociale)	.....

➥ **Handicap ou déficience** ❑ Moteur ❑ Polyhandicap ❑ Autre (sensoriel, mental, psychique ...) Précisez : .....

➥ **Avez-vous déjà participé à un séjour APF Évasion ?** ❑ oui ❑ non

Si oui, ANNÉE ..... et LIEU de votre dernier séjour ? .....

SÉJOUR(S) CHOISI(S) PAR ORDRE DE PRÉFÉRENCE *

	Code séjour	Nom de séjour	Organisateur	Date	Option transport** (coche obligatoire)
1				..... au	❑ oui ❑ non
2				..... au	❑ oui ❑ non
3				..... au	❑ oui ❑ non
4				..... au	❑ oui ❑ non
5				..... au	❑ oui ❑ non

*Le nombre de places étant limité, nous vous conseillons de faire plusieurs choix de destinations.
Pour les voyages collectifs en train les fauteuils électriques et manuels non pliants ne sont pas systématiquement acceptés
Règlementation européenne, respect des spécifications techniques d'interopérabilité (« S.T.I»).

** aller-retour au départ de Paris (voir infos catalogue).

souhaite partir avec : Nom : ..... Prénom : .....

❑ Vacancier ❑ Accompagnateur(trice) ❑ Responsable séjour ❑ Nous sommes amis ❑ Nous formons un couple

Veuillez agrafer ici

une photo récente

et prise en entier

Photo indispensable

JE VIENDRAI EN SÉJOUR DE VACANCES AVEC

❑ **Un fauteuil Manuel** si oui, pliant : ❑ oui ❑ non

❑ **Un fauteuil Electrique**

Mon fauteuil comporte une « coque » ❑ oui ❑ non
Il est assuré ❑ oui ❑ non

❑ Sans fauteuil roulant

DIMENSIONS DE MON FAUTEUIL

Données obligatoires pour les personnes choisissant l'option transport

❑ **Manuel**

Hauteur **(sans appui- tête)** : ..... cm
Largeur **(fauteuil plié)** : ..... cm
Profondeur **(sans cale pieds)** : ..... cm
Poids : ..... kg

❑ **Électrique**

Hauteur **(sans appui- tête)** : ..... cm
Largeur : ..... cm
Profondeur : ..... cm Poids : ..... kg
Batterie démontable ❑ oui ❑ non
Poids Batterie : ..... kg
Longueur (cm)..... largeur..... Hauteur.....
Si batterie au lithium, puissance =..... watt

AUTONOMIE DE DÉPLACEMENT :

Je peux marcher	J'utilise un fauteuil
❑ Seul(e) : pendant :	❑ Occasionnellement, précisez les conditions d'utilisation .....
❑ Avec aide, précisez : ❑ Cannes ou béquilles ❑ Déambulateur ❑ Autre :	❑ J'ai un appui plantaire (c'est-à-dire un appui pour faire un transfert, du lit au fauteuil par exemple)
❑ Toute la journée	❑ En permanence
❑ Je monte et descends seul(e) les escaliers	Je manoeuvre seul(e) Mon fauteuil manuel à l'intérieur ❑ oui ❑ non à l'extérieur ❑ oui ❑ non Mon fauteuil électrique à l'intérieur ❑ oui ❑ non à l'extérieur ❑ oui ❑ non

GESTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

	Seul(e)	Aide partielle	Aide totale
• **Je me lève et je me couche**	❑	❑	❑
• **Je fais ma toilette** (lavabo)	❑	❑	❑
• **Je me douche**	❑	❑	❑
• **Je me rase** (si nécessaire)	❑	❑	❑
• **Je m'habille**	❑	❑	❑
• **Je mange :** ❑ Avec des couverts ordinaires ❑ Uniquement à la cuillère ❑ Avec mes propres couverts	❑	❑	❑
• **Je bois :** ❑ Au verre ❑ Avec une pipette ou une paille ❑ Avec mon propre gobelet	❑	❑	❑

• **J'ai besoin d'une aide la nuit** ❑ Non ❑ Oui Précisez : .....
❑ Retournement ❑ Changement de position ..... fois par nuit

COMMUNICATION

❑ J'ai l'usage de la parole ❑ Ordinaire ❑ Difficile

❑ Je n'ai pas l'usage de la parole

❑ J'utilise des accessoires de communication
❑ Pictogrammes / Alphabet
❑ Synthèse vocale
❑ Je possède mon propre langage (code) par signes ou onomatopées .....

CONFORT PERSONNEL

❑ Je n'ai aucune difficulté pour la miction ou pour aller à la selle
❑ J'ai des difficultés pour la miction ou pour aller à la selle

Mode de miction

Quel que soit le mode de miction :
❑ J'assure seul(e) en toutes circonstances (voyage…)
❑ Aide partielle (préparation du matériel …)
❑ Aide importante ou totale (assuré par un tiers)

Cependant, des « fuites » peuvent survenir :
❑ Jamais ou exceptionnellement ❑ Assez fréquemment
❑ Tous les jours (ou presque)
Protections : ❑ Le jour ❑ La nuit
❑ **Soins techniques infirmiers** (sondage, stomie…)

Mode de défécation

Quel que soit le mode de défécation
❑ J'assure seul(e) ❑ aide partielle ou dans certains cas
❑ Aide importante ou totale

Cependant, des « fuites » peuvent survenir :
❑ Jamais ou exceptionnellement ❑ Assez fréquemment
❑ Tous les jours (ou presque)
Protections : ❑ Le jour ❑ La nuit
❑ **Soins techniques infirmiers** (lavement, stomie ….)

ALIMENTATION

Mode

❑ **Ordinaire** ❑ **Mixée** ❑ **Hâchée menu**

Y a-t-il des aliments à éviter à tout prix ? ❑ Non
❑ Oui : lesquels ? .....

➡ Pourquoi ? .....

Alimentation entérale (sonde)
❑ Oui* ❑ Non

*Si oui joindre le protocole détaillé
NB : il faut venir avec matériel et alimentation

Précautions

Fausses routes
❑ Oui ❑ Non
➡ Si oui, comment les éviter ?
.....

Régime alimentaire
❑ Oui : type : .....
❑ Non

AUTONOMIE RESPIRATOIRE

❑ Je n'ai aucun problème respiratoire
❑ J'ai un traitement (kiné, respirateur …) en lien avec la respiration : à préciser dans le dossier médical

PROBLÈMES CUTANÉS (ESCARRES)

❑ Aucun
❑ Risque (surveillance et prévention)
❑ **Soins infirmiers en cours**

SOINS SUR PRESCRIPTION MEDICALE

Kinésithérapie :
Interrompue pendant le séjour? ❑ Oui ❑ Non, fréquence : .....

Soins infirmiers :
(hors préparation pilulier) : ❑ Oui ❑ Non, fréquence : .....

Traitement médicamenteux :
❑ Oui ❑ Non je gère seul (la prise) ❑ Oui ❑ Non

Location de matériel *

❑ Lit médicalisé avec : ❑ Barrière ❑ Potence

❑ Matelas anti-escarre ou de type particulier
.....

❑ Lève-personne (il est conseillé de venir avec ses propres sangles)

❑ Autres .....
.....

Matériel hors location

Vérifier la présence de ce matériel spécifique sur la page séjour du catalogue

❑ Chaise percée ❑ Un lit douche

J'apporterai sur le lieu de séjour mon propre matériel :
❑ Pistolet ❑ Bassin ❑ Respirateur
❑ Couverts adaptés .....
❑ Poche de nutrition (pour alimentation entérale)
❑ Gélifiants ❑ Autres .....

*** joindre impérativement une prescription médicale**

RYTHME DE VIE	LOISIRS
❑ Je peux sortir TOUTE la journée en excursion ❑ J'ai besoin d'un temps de repos quotidien (sieste), de ..... heure(s).	Je pratique des activités hors de mon lieu de vie pendant l'année ❑ Oui ❑ Non Si oui, de quel type (activités avec la délégation, sorties, balades…) ..... Indiquez vos passe-temps et loisirs favoris (ex : dessin, peinture, lecture, balade…) .... Je peux nager : ❑ seul(e) ❑ avec une aide ❑ Avec une bouée

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

(Attention, nous communiquer seulement les coordonnées de **personnes joignables pendant le séjour)**

➥ Nom et Prénom ..... Lien de parenté ? .....
Adresse .....
Code postal ..... Ville ..... Tél. : .....
Mail ..... @ .....

➥ **Médecin traitant et/ou service spécialisé**

➥ Nom .....
Adresse .....
Code postal ..... Ville ..... Tél. : .....

Engagement

Je soussigné(e)*, (Nom et Prénom) : .....
Pour les mineurs ** et majeurs protégés représenté par : .....
En qualité de ..... (père/mère/représentant légal)

déclare avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente incluses dans le catalogue d'APF Evasion France handicap, et y souscrire dans leur intégralité.

Concernant l'utilisation de l'image ❑ **Autorise** ❑ **N'autorise pas**

APF France handicap à utiliser mon image dans le cadre des activités APF France handicap et être informé(e) que ces films, vidéos et/ou photos sont destinés à illustrer les diverses publications de l'association et consentir à l'utilisation de l'image pour tout usage (publicités, édition, internet APF France handicap) Les légendes jointes à ces photographies, films ou vidéos et les paroles associées au spot télévisé ne devront toutefois pas porter atteinte à ma réputation ou vie privée. Compte tenu de ma volonté de contribuer à la réalisation de l'objet social de l'APF France handicap, la présente autorisation est donnée sans aucune autre contrepartie que de me permettre par son instrument de réaliser cette contribution, et ce pour une durée de vingt ans.

Certifié exact, lu et approuvé,

à ..... le ..... 201 ..... **Signature (s) :**

*** Nom, prénom, qualité et signature du représentant légal si le demandeur est sous tutelle, curatelle ou mineur. ** Pour les mineurs, l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale est requis lorsqu'ils exercent en commun cette autorité.**

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

Liste des documents	Information	Case réservée APF
Dossier médical (document ci-joint dûment complété) Sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmier coordonnateur APF Evasion France Handicap	**À défaut, le dossier ne peut être enregistré**	
Copie des **prescriptions médicales** (traitements, soins IDE / kiné, location de matériel …)		
Photocopie de la **carte d'assuré social** ET de **l'attestation**		
Si vous utilisez un fauteuil électrique : photocopie de l'assurance		
Photocopie **passeport** ou de la **carte d'identité** (Union Européenne) valide	Séjour en Corse et à l'étranger uniquement	
Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'un sport (préciser le sport)	Séjours UCPA / FFH	

TOUTE PIÈCE NON FOURNIE AU DOSSIER EN BLOQUERA L'ÉTUDE ET RETARDERA LA RÉPONSE D'APF EVASION FRANCE HANDICAP

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à traiter votre demande de séjour APF Evasion France handicap. Les destinataires des données sont : le correspondant de la structure qui vous accompagne dans la constitution du dossier, le service APF Evasion France handicap au siège nationale APF France handicap ainsi que le directeur et l'équipe paramédicale (le cas échéant) qui vous accueillera. Pour le dossier médical (plis cacheté), les informations sont destinées à l'Infirmier coordonnateur APF Evasion France handicap. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : APF Evasion France handicap – 17 bd Auguste Blanqui – 75013 PARIS