

Catégorie de séjour	Enfance-Jeunesse		Adulte	
	<input type="checkbox"/> Séjour APF Évasion	<input type="checkbox"/> Séjour Inclusion	<input type="checkbox"/> France	<input type="checkbox"/> Étranger

Ne rien inscrire dans cette case : codes enregistrement APF Évasion

Cadre réservé à la structure ayant aidé à l'inscription :

Organisme (délégation, établissement, service) :

Nom de la personne :

Ligne directe :

Mail :

Pour les séjours enfance jeunesse :

Organisme :

Nom du séjour :

Dates :

Animateur référent :

Dépôt dossier Aide financière

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Tél. : Port. :

Mail :@.....

Adresse : (celle du **représentant légal** ou du **tuteur** si ce dernier souhaite recevoir les courriers directement)

Code postal : Ville :

Je vis : Seul(e) En établissement

En famille

Nom de l'établissement :

Numéro de sécurité sociale :

.....

Ayant droits CGOS : N°

Ayant droits AGOSPAP

Etes-vous sous mesure de curatelle : oui non
tutelle : oui non

Nom, prénom du tuteur (ou curateur)

Adresse

Tél. :

Mail :@.....

➔ Avez-vous déjà participé à un séjour APF Évasion ?

oui

non

Si oui, date et lieu de votre dernier séjour ?

➔ Handicap ou déficience

Moteur

Polyhandicap

Autre (sensoriel, mental, psychique ...)

Précisez :

SÉJOUR(S) CHOISI(S) (par ordre de préférence)

	Code séjour	Nom de séjour	Organisateur	Date
1				Du au
2				Du au
3				Du au
4				Du au
5				Du au
6				Du au

(Le nombre de places étant limité, nous vous conseillons de faire plusieurs choix de destinations)

Je souhaite partir avec : Nom :

Prénom :

Vacancier

Accompagnateur(trice)

Responsable séjour

Nous sommes amis

Nous formons un couple

VOYAGE COLLECTIF

Certains séjours proposent un voyage collectif au départ de Paris. (Attention : les fauteuils électriques et manuels non pliants ne sont pas acceptés dans les voyages collectifs en train.)

• Je souhaite participer au voyage collectif :

oui non (Départ de Paris)

• Je suis titulaire d'un avantage tierce personne* :

oui non

*mention apposée sur la carte d'invalidité par la MDPH

Veuillez agraffer ici
une photo récente
 et prise en entier

Cette photo sera conservée par
 le service APF Évasion
 et valable pendant 5 ans.

(si une photo a déjà été fournie l'an dernier,
 inutile de la fournir à nouveau)

JE VIENDRAI AU SÉJOUR

- Avec un fauteuil roulant manuel
 pliant/ non pliant (rayer mention inutile)
- Avec un fauteuil électrique
 pliant/ non pliant
- Sans fauteuil roulant

DIMENSIONS DE MON FAUTEUIL

Données indispensables

Manuel

Hauteur :cm
 Largeur :cm
 Profondeur :cm
 Poids :kg

Électrique

Hauteur :cm
 Largeur :cm
 Profondeur :cm
 Poids :kg

AUTONOMIE DE DÉPLACEMENT :

- Je peux marcher**
 - Seul pendant
 - Avec aide
 - Cannes ou des béquilles
 - Déambulateur
 - Autres , Précisez
- Toute la journée
- J'utilise parfois un fauteuil (préciser les conditions d'utilisation ci-après)

- J'utilise un fauteuil**
 - En permanence
 - J'ai un appui plantaire
 (c'est-à-dire un appui pour faire un transfert)

- Occasionnellement** (pour les sorties et j'emporterai un fauteuil sur le lieu de séjour)

- Je manœuvre seul(e) mon fauteuil manuel :
- à l'intérieur : Oui Non
 - à l'extérieur : Oui Non
- Je manœuvre seul(e) mon fauteuil électrique :
- à l'intérieur : Oui Non
 - à l'extérieur : Oui Non

GESTES DE LA VIE QUOTIDIENNE COCHEZ LA BONNE CASE

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

- J'ai besoin d'une aide la nuit ? Non Oui
 Précisez : Retournement Changement de position fois par nuit

COMMUNICATION

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> J'ai l'usage de la parole
<input type="checkbox"/> Ordinaire
<input type="checkbox"/> Difficile
<input type="checkbox"/> Très difficile | <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'usage de la parole | <input type="checkbox"/> J'utilise des accessoires de communication
<input type="checkbox"/> Pictogrammes / Alphabet
<input type="checkbox"/> Synthèse vocale
<input type="checkbox"/> 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** Normal (sur WC) Bassin ou «pistolet»

Étui pénien (ou vulvaire) + poches d'urine Sondage..... fois par jour (effectué par un tiers)

Auto-sondage..... fois par jour (effectué par moi-même)

Sonde à demeure : fréquence du remplacement

Stomie urinaire (urétérostomie...) : fréquence du remplacement

Quel que soit le mode de miction J'assume 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

➔ **Mode de défécation** Normal (sur WC) Sur bassin J'utilise des produits locaux (type microlax®)

Si oui, à quelle fréquence..... Exonération digito-rectale (doigtier) fois..... par jour ou fois par semaine

Par moi-même Par un tiers

Stomie digestive : fréquence du remplacement

Quel que soit le mode de défécation

J'assume 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

ALIMENTATION

Mode	Précautions
<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ordinaire <input type="checkbox"/> Mixée <input type="checkbox"/> Hâchée menu</p> <p>Y a-t-il des aliments à éviter à tout prix ? <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui : lesquels ?</p> <p>➔ Pourquoi ?</p> <p>Alimentation entérale (sonde)</p> <p><input type="checkbox"/> Le jour uniquement <input type="checkbox"/> La nuit uniquement <input type="checkbox"/> Nuit et jour</p> <p>Type de «Passage» <input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Médicaments</p> <p>Horaires quotidiens : (je viendrai avec mon matériel et alimentation)</p> <p>Alimentation par voie orale possible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p style="text-align: center;">Fausses routes</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>➔ Si oui, comment les éviter ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Régime alimentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Oui : type :</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>

Épilepsie éventuelle Je ne suis pas sujet aux crises d'épilepsie Je suis sujet aux crises d'épilepsie

Fréquence : **Conseils en cas de crise**

(joindre une copie de l'ordonnance ou du protocole)

Autonomie respiratoire Je n'ai aucun problème respiratoire Je dois faire attention (sensibilité aux infections, précautions altitude ou effort - kiné)

Précisez : Je suis actuellement trachéotomisé(e) J'ai de l'oxygène

de façon intermittente en permanence

J'ai une ventilation assistée (respirateur) : Nocturne Diurne Nombre d'heures :

(joindre une note explicative sur l'appareillage)

Problèmes cutanés (Escarres) Aucun risque (surveillance et prévention), à quel endroit

Escarre ou plaie actuelle : merci de préciser la localisation et le type de soins :

Matériel	Soins particuliers
<p>J'apporterai sur le lieu de séjour mon propre matériel :</p> <p>J'aurai besoin de louer du matériel :</p> <p><input type="checkbox"/> Lit médicalisé avec : <input type="checkbox"/> Barrière <input type="checkbox"/> Potence</p> <p><input type="checkbox"/> Lève personne (prescription à joindre obligatoirement)</p> <p>J'aurai besoin sur place (Achat, pas de location possible)*</p> <p><input type="checkbox"/> D'une chaise percée <input type="checkbox"/> D'un lit douche.....</p> <p><input type="checkbox"/> Matelas anti-escarre ou de type particulier</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Autres(*)</p> <p>(*) Vérifier la présence de ce type de matériel spécifique sur la page séjour du catalogue.</p>	<p style="text-align: center;">Kinésithérapie</p> <p>interrompue pendant le séjour? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, fréquence :</p> <p style="text-align: center;">Soins infirmiers</p> <p>Type :</p> <p>fréquence :</p> <p style="text-align: center;">Traitement médicamenteux</p> <p><input type="checkbox"/> Non, fréquence :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui prise du traitement : je gère seul <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

Rythme de vie	Loisirs
<input type="checkbox"/> Je peux sortir TOUTE la journée en excursion <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> avec une aide <input type="checkbox"/> Avec une bouée

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE (Attention, nous communiquer que les coordonnées de personnes joignables pendant le séjour)

➔ Nom - Prénom Lien de parenté ?
Adresse
Code postal Ville Tél. :

➔ Médecin traitant et/ou service spécialisé

➔ Nom
Adresse
Code postal Ville Tél. :

Engagement

Je soussigné(e)*, (Nom et Prénom) :

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

Certifié exact, lu et approuvé,

à le 201

Signature

* Nom, prénom, qualité et signature du représentant légal, si le demandeur est sous tutelle, curatelle ou mineur.

Utilisation de l'image

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) :

Pour les mineurs ** et majeurs protégés :

Représenté par :

En qualité de :

(Père, Mère, Représentant légal)

Autorise

N'autorise pas

APF à utiliser mon image dans le cadre des activités de l'APF 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 (pub, édition, internet APF)

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, 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.

Fait à le

Signature(s)

** 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 (Feuillet recto-verso ci-joint dûment complété) Sous enveloppe cachetée à l'intention du Dr DELCEY, médecin conseil APF Evasion	À défaut, le dossier ne peut être enregistré	
Copie des prescriptions médicales		
Photocopie de la carte d'assuré sociale ET de l'attestation		
Si vous utilisez un fauteuil électrique : photocopie de l'assurance		
Copie de votre carte d'adhérent à l'APF		
Photocopie passeport ou carte d'identité (Union Européenne)	Séjour à l'étranger uniquement	

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

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à traiter votre demande de séjour APF Evasion. Les destinataires des données sont : le correspondant de la structure APF qui vous accompagne dans la constitution du dossier, le service APF Evasion au siège nationale de l'APF ainsi que le directeur et l'équipe paramédicale (le cas échéant) qui vous accueillera. Pour le dossier médical (plis cacheté), les informations sont destinées au Médecin Conseil APF Evasion. 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 - 17 bd Auguste Blanqui - 75013 PARIS