

# Bulletin de Pré-inscription

## Siège Social

## Association

Dossier suivi par :  
Sandrine LEBRETON  
Secrétariat Associatif  
Tél : 02 43 14 58 98  
Fax : 02 43 14 30 71

lebreton.sandrine@adapei72.asso.fr

**A retourner pour 03 mars 2021 dernier délai,  
accompagné de l'acompte de 30 %, à :**  
**Sandrine LEBRETON - ADAPEI de la Sarthe**  
19, rue de la Calandre – 72021 LE MANS CEDEX 2



## Nous vous proposons 8 séjours

Lieux		Dates de séjours proposés		Coût en Euros	Montant acompte
SEJ 1	Saint Molf	du mardi 29 juin au mardi 06 juillet 2021	8 jr	<b>1 405 €</b>	422 €
SEJ 2	Thorigné en Charnie 1	du dimanche 18 juillet au dimanche 25 juillet 2021	8 jr	<b>1 366 €</b>	410 €
SEJ 3	Thorigné en Charnie 2	du dimanche 25 juillet au dimanche 01 août 2021	8 jr	<b>1 366 €</b>	410 €
SEJ 4	Le Pouliguen 1	du lundi 26 juillet au mercredi 04 août 2021	10 jr	<b>1 919 €</b>	576 €
SEJ 5	Le Pouliguen 2	du mercredi 04 août au mercredi 11 août 2021	8 jr	<b>1 631 €</b>	489 €
SEJ 6	Noizay 1	du jeudi 12 août au lundi 16 août 2021	5 jr	<b>1 100 €</b>	330 €
SEJ 7	Noizay 2	du mardi 17 août au samedi 21 août 2021	5 jr	<b>1 100 €</b>	330 €
SEJ 8	Talmont St Hilaire	du vendredi 20 août au samedi 28 août 2021	9 jr	<b>1 631 €</b>	330 €

Merci de **préciser obligatoirement ci-dessous, 3 choix de séjour**, par ordre de préférence et sur des lieux différents.

L'ordre des séjours peut être susceptible d'être modifié en raison du nombre d'inscrits et de critères d'adaptabilités ou selon **les protocoles sanitaires qui seront en vigueur cet été**.

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Adresse :

Tel :

Souhaite inscrire :

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Etablissement :**

Choix	N°Séjour	Lieu du séjour
1 <sup>er</sup> choix		
2 <sup>ème</sup> choix		
3 <sup>ème</sup> choix		

**Merci de vérifier le paiement de votre cotisation auprès de l'association**

**Merci de remplir la fiche au verso .../...**

**NOM ET PRÉNOM DU VACANCIER :** .....

**TOILETTE ET HYGIÈNE**

	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide totale
• Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Change ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	
• A peur de la douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Le jour	La nuit	
• Est énurétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Est encoprétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Porte des protections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	à fournir
	Serviettes	Tampons	
• Pour les femmes réglées, port de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Remarques complémentaires :	.....		

**ALIMENTATION**

	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide totale
• Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	
• Utilisation de gélifiant pour boissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à fournir
• Particularités alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesquelles (régime, aliments mixés/semi-mixés... joindre ordonnance et protocole)	.....		
Autres remarques (façon de manger, couverts adaptés...)	.....		

**SOMMEIL**

	Oui	Non
• A des difficultés pour s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A peur de l'obscurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A des angoisses nocturnes, des insomnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se lève la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A un lever difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fait la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heure habituelle du coucher :	.....	
• Heure habituelle du lever :	.....	
• Préconisations :	.....	

**SANTÉ Compléter la fiche médicale obligatoire**

• Poids : .....kg      Taille : .....m

	Oui	Non
• Sous traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'intervention d'une IDE est prévue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prise du traitement	Seul <input type="checkbox"/>	A donner <input type="checkbox"/>
	Oui	Non
• Pour les femmes, prise de contraceptif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Déficience visuelle	Non voyant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mal voyant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		En permanence
• La personne est équipée de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	lentilles <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	canne <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Déficience auditive : Sourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malentendant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Commentaires :	.....	
• Port d'appareillage (prothèse auditive, prothèse dentaire, corset, ...)	.....	

**EPILEPSIE**  
• PERSONNE ÉPILEPTIQUE

	Oui	Non
Si oui, l'épilepsie est-t-elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Malgré l'épilepsie, baignade autorisée ?	Stabilisée <input type="checkbox"/>	Occasionnelle <input type="checkbox"/>
	Fréquente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si oui, joindre un certificat médical autorisant la baignade**

	Oui	Non
• Fume habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Quantité quotidienne :	.....	
	Interdite	Autorisée
• Consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si autorisée, quantité et fréquence de consommation :	.....	
Préciser si tendance à l'alcoolisme :	.....	

**Nom et qualité de la personne ayant rempli cette fiche :**

.....

.....

**COMPORTEMENT**

	Oui	Non
• A un objet fétiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lequel : .....	.....	
• A des rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesquels : .....	.....	
• Peut se mettre en danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans quel contexte : .....	.....	
	Fuguer	Errer
• A tendance à	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Est sujet aux	Délires <input type="checkbox"/>	Phobies <input type="checkbox"/>
		Hallucinations <input type="checkbox"/>
Lesquels : .....	.....	

**Pour compléter cette rubrique nous tenons à votre disposition une fiche complémentaire de renseignements**

**RELATIONS**

• Si des difficultés relationnelles peuvent se manifester, préciser :  
- Lesquelles (blocage, insultes, violence...)? .....

- avec qui ? (encadrants, les vacanciers, les personnes extérieures au séjour...) .....

Préconisations (pour éviter ou gérer ces difficultés) ? .....

	Oui	Non	
• Vient en couple sur le séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, nom du partenaire .....	.....		
			Libre choix
- Partage de la même chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Partage du même lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**COMMUNICATION**

	Seul	Avec aide	Non
• Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ecrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Langage	Gestes	Cris
• mode de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autre(s) mode(s) de communication :	.....		

**ACTIVITÉS - LOISIRS**

	- de 30 mn	de 30 mn à 1h	+ d'1h
• Soutien de l'attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	
• Choisit une activité parmi plusieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Nage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Pratique régulièrement une activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laquelle : .....	.....		
• Autre centre d'intérêt (culturel, artistique, sportif, ludique...)	.....		

**ARGENT PERSONNEL**

	Oui	Non
• Gérer son argent seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somme habituellement gérée et période : .....	€ par .....	

**SORTIES**

	Oui	Non	Avec préparation
• Peut sortir seul sans animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Lit l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Est capable de rentrer à heure fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• A besoin de temps pour s'adapter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Se repère dans de nouveaux lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Remarques complémentaires :	.....		

**MOTRICITÉ / DÉPLACEMENTS**

	Fauteuil Roulant	Déambulateur	Canne
• Se déplace en/avec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tout le temps	En sortie	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oui	Non	Avec aide
• Monte un escalier seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour les personnes en fauteuil roulant :	.....		
- emporte son fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- véhicule adapté nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- se maintient debout pour transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Porte des chaussures orthopédiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- de 30 mn	de 30 mn à 1h	+ d'1h
• Peut marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques complémentaires :	.....		