



**OK Vacances Libres de Partir**  
 Rue du 8 Mai  
 42390 Villars  
 Tél : 04 77 74 32 82  
 Fax : 04 77 79 78 46

PHOTO  
 D'IDENTITE  
 OBLIGATOIRE  
 (Ne pas agraffer)

# DOSSIER DE RESERVATION

**SEJOUR CHOISI :** ..... **Dates du .../.../... au .../.../...**  
**AUTONOMIE DU VACANCIER** (cf Catalogue)  
**OK 1**                       **OK 2**                       **OK 3**

**A retourner en un seul exemplaire accompagné d'arrhes de réservations de 500 €.**  
**Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum un mois avant le séjour (sans garantie annulation).**  
**et 45 jours avant, avec une garantie annulation**  
**Au delà aucune garantie ne pourra être souscrite**  
**Retour obligatoire de ce dossier, à défaut, l'annulation du séjour.**

M.  Mme  Mlle   
 NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 Etablissement d'origine ou adresse personnelle : .....  
 .....  
 .....  
 Date de naissance : ... / ... / ...  
 Est déjà parti avec OK Vacances :    OUI             NON             Si oui, sur quel séjour : .....

**CADRE RÉSERVÉ A OK VACANCES**

N° membre : .....  
 N° résa : .....  
 N° étab : .....  
 Validation service :

Garantie annulation :            OUI             NON  (3,8% du prix du séjour, voir nos conditions générales fin de brochure)  
 Garantie interruption :            OUI             NON  (1,7% du prix du séjour, voir nos conditions générales fin de brochure)

Transport - Prise en charge par ok Vacances Libres de Partir :

Prise en charge Aller     Oui     Non    (cf Catalogue) - Ville de prise en charge souhaitée .....  
 Personne accompagnatrice : ..... Tél : ..... (portable obligatoire)  
 Prise en charge Retour     Oui     Non    (cf Catalogue) - Ville de prise en charge souhaitée .....  
 Personne accompagnatrice : ..... Tél : ..... (portable obligatoire)

Où expédier la convocation et les horaires de départ	Où expédier la facture	Personne à prévenir en cas d'urgence
Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....	Adresse : .....
CP : .....	CP : .....	CP : .....
Ville : .....	Ville : .....	Ville : .....
Tél. : .....	Tél. : .....	Tél. : .....

**Personne chargée de l'inscription :**

Nom : ..... Prénom : ..... Tél. : .....  
 Adresse mail : .....

- PIECES A JOINDRE OBLIGATOIRE (en format A4):             Photocopie carte d'identité  
 Photocopie de la carte de Sécurité Sociale et attestation             Copie de la prescription médicale dactylographiée  
 Photocopie de la carte d'invalidité  
 Autorisation du tuteur légal (ci-joint)

Chaque dossier sera contrôlé avant le séjour. Il se peut que nous refusions un dossier si son autonomie ne correspond pas à celui du séjour.

# FEUILLET DE RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRE OK VACANCES

(à remplir avec le plus de précisions possibles)

Nom : ..... Prénom : ..... Séjour : .....

Type de handicap : ..... Travailleur ESAT : OUI  NON

## AUTONOMIE ET DEPLACEMENT

• Je peux marcher :

- Seul(e) pendant ..... h ..... min
- Avec l'aide de quelqu'un
- Lentement
- D'allure ordinaire (pas d'atteinte des membres inférieurs)
- Je monte et descends seul les escaliers
- Je sais nager  OUI  NON
- Baignade autorisée  OUI  NON
- Je suis appareillé pour la marche  
précisez : .....
- J'utilise des cannes ou des béquilles
- J'utilise un déambulateur

APTITUDE AU QUOTIDIEN	SEUL(E)	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Je me lève et me couche			
Je fais ma toilette			
Je me douche			
Je me rase			
Je mange et je bois			
Je me rends au toilette			
Je peux me vêtir			
Je gère mon argent de poche			

## APTITUDES A COMMUNIQUER

- |                                      |                       |                       |                         |                       |                       |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                      | OUI                   | NON                   |                         | OUI                   | NON                   |
| • Difficultés du langage / élocution | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Difficultés visuelles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Muet                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Porte des lunettes    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Difficultés auditives              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Non voyant            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Sourd                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Sait lire             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Porte des prothèses auditives      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Sait écrire           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## COMPORTEMENTS

- |                            |                       |                       |                             |                       |                       |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
|                            | OUI                   | NON                   |                             | OUI                   | NON                   |
| • Agressivité physique     |                       |                       | • Troubles du comportement  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - envers les autres        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Si oui précisez : .....     |                       |                       |
| - envers lui-même          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                             |                       |                       |
| • Agressivité verbale      |                       |                       | • Troubles de l'orientation |                       |                       |
| - envers les autres        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - dans l'espace             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - envers lui-même          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - dans le temps             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Déviances sexuelles      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Cleptomanie               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si oui précisez : .....    |                       |                       | • Fugueur                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Sortie seul(e) autorisée | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                             |                       |                       |
| Consignes : .....          |                       |                       |                             |                       |                       |

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

	OUI	NON		OUI	NON
• Encoprésie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
• Enurésie(alèse obligatoire, si oui)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ethylisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
• Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
• Cardiopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
• Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
• Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
• Epilepsie stabilisée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- si non, fréquence : .....					
• Maladies transmissibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- si oui, préciser : .....					
• Soins médicaux nécessitant l'intervention d'une IDE (ex : soins, injections, . . .)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- si oui, lesquels .....					
• Allergies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- si oui, préciser : .....					
• INJECTIONS (pendant le séjour)					
- si oui date de l'injection Obligatoire : . . . / . . . / . . .					
Produit : .....					
- Injections quotidiennes insulino-dépendant					
Fréquence par jour :      Matin      Midi      Soir					
<small>(Nos séjours ne sont pas adaptés à des personnes nécessitant plus d'une injection/jour)</small>					
			• Fumeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			- si oui, quantité : .....		
			• Traitement médical (pendant le séjour)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			- Pris seul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			• Contraceptif Si oui lequel: .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			- Pris seul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			• Appareillage dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			• Régime alimentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			- si oui, lequel ( veuillez nous le joindre ou précisez)		
			ex : normal, mouliné, diabétique, etc.		
			.....		
			.....		
			.....		
			• Allergie alimentaire : .....		
			• Aliment proscrits : .....		
			• Autres contre-indications : .....		
			• Consommation d'alcool :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			- Si oui quantité autorisée .....		

## ATTESTATION TRAITEMENT MEDICAL

Je soussigné..... agissant en qualité de .....  
sur la personne de .....

Certifie que la préparation des piluliers sécurisés fournis par OK Vacances Libres de Partir sera effectuée par ..... agissant en  
qualité de .....

• Coordonnées du médecin traitant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : .....

## LIEU DE RESIDENCE HABITUEL

FOYER  APPARTEMENT  PARENTS  M.A.S.  HOPITAL  FAMILLE D'ACCUEIL

Autre, à préciser : .....

En couple sur le séjour : OUI  NON  Si oui avec : .....

Dans la même chambre : OUI  NON

# COMPLEMENT D'INFORMATION OBLIGATOIRE

*Dans le but d'optimiser au mieux la prise en charge du vacancier, veuillez compléter avec le plus de précision possible le document ci-dessous ou joindre une synthèse directement sur papier libre.*

## AUTONOMIE AU QUOTIDIEN :

Hygiène : .....

Médicaments : .....

Se vêtir : .....

Prise de repas : .....

Argent de poche : .....

## COMPORTEMENT :

Relation avec le groupe : .....

Relation avec l'encadrement : .....

## NOTE DE SYNTHÈSE (obligatoire) :

.....

## **AUTORISATION DU TUTEUR LÉGAL**

Je soussigné, .....

agissant en qualité de .....

➤ Nom et prénom du vacancier : .....

➤ Séjour : .....

déclare avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Ok vacances Libres de Partir.

Le vacancier ou représentant légal déclare qu'il n'y a pas d'interdiction médicale à emprunter nos transports et suivre les activités proposées dans la description du séjour.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par Ok vacances Libres de Partir.

Certifiée exacte, « lu et approuvé » à ..... le ...../...../.....

Signature obligatoire :