



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 :

Adresse mail :

Date de naissance : .../.../....

**CADRE RÉSERVÉ
A OK VACANCES**
Validation service :

En couple stable sur le séjour : OUI NON Si oui, avec :

Le couple partage la même chambre : OUI NON

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.....

Numéro d'astreinte ou portable :(joignable 7j/7)

Prise en charge Retour OUI NON (cf catalogue) – Ville de prise en charge souhaitée.....

Numéro d'astreinte ou portable :(joignable 7j/7)

Au retour, le vacancier est autorisé à rentrer seul par ses propres moyens (transport en commun, à pied....) :

OUI NON

Où expédier la convocation et les horaires de départ	Où expédier la facture	Personne à prévenir en cas d'urgence
Nom :	Nom :	1) Nom :
Adresse :	Adresse :	Tél fixe :
.....	Portable :
CP :	CP :	2) Nom :
Ville :	Ville :	Tél fixe :
Tél :	Tél :	Portable :
Mail :	Mail :	

Personne chargée de l'inscription :

Nom : Prénom : Tél. :

Adresse mail :

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIRE (en format A4) :

Photocopie de la carte de Sécurité sociale et attestation Photocopie carte d'identité (**pour les séjours étrangers uniquement**)

Copie de la carte mutuelle Copie de la prescription médicale Autorisation du tuteur légal (ci-joint)

Fiche de Gestion d'Argent de Poche (ci-joint)

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

FEUILLET DE RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRE OK VACANCES

(à remplir avec le plus de précisions possibles)

LIEU DE RESIDENCE HABITUEL

FOYER APPARTEMENT PARENTS F.A.S F.A.M. HOPITAL FAMILLE D'ACCUEIL AUTRE
 Type de Handicap : Travailleur ESAT : OUI NON

AUTONOMIE ET DEPLACEMENT

• Je peux marcher :

- Seul(e) pendanth.....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

• Je peux utiliser un lit superposé : oui non

APTITUDE AU QUOTIDIEN	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Je me lève et me couche			
Je fais ma toilette			
<i>Je me douche¹</i>			
Je me rase			
Je mange et je bois			
Je me rends au toilette			
Je peux me vêtir			
<i>Je gère mon argent de poche²</i>			

¹ Si aide :

Guidance verbale

Aide Totale (effectué par un IDE)

² Gestion argent de poche :

Géré par Ok Vacances

Gère lui-même (argent sur lui)

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 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Agressivités physiques | | | • 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"/> | | | |
| • Agressivités verbales | | | • 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"/>	• Fumeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Enurésie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- si oui, quantité		
• Ethylisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Traitement médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Diabète, si Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Pris seul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Insulino-dépendant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Contraceptif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Non-insulinodépendant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- si oui, lequel :		
• Cardiopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- pris seul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Si oui, traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Appareillage dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Régime alimentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Si oui, traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- si oui, lequel (le joindre ou préciser)		
• Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ex : sans porc, mouliné, diabétique, etc.)		
- Si oui, traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
• Epilepsie stabilisée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
- Si non, fréquence :			• Allergie alimentaire :		
• Maladies transmissibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Risque de fausse route	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Si oui, préciser :			- si oui, précisez :		
• Allergies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Aliments proscrits :		
- si oui, précisez :			• Consommation d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Appareil apnée du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- si oui, quantité autorisé :		
- si oui, gère seul(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Autres contre-indications :		
• Soins médicaux nécessitant l'intervention d'une IDE (ex : soins, injections...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Si oui, lesquels :					

• **INJECTIONS (pendant le séjour)**

- si oui date de l'injection Obligatoire : .../.../....

Produit :

- Injections quotidiennes insulino-dépendant

Fréquence par jour : Matin Midi Soir

(Nos séjours ne sont pas adaptés à des personnes nécessitant plus d'une injection/jour)

• **Vaccination COVID à jour** oui non • **Je dispose de mon PASS sanitaire** oui non

MEDICAMENTS

Les traitements médicaux devront **IMPERATIVEMENT** être préparés par l'infirmière de votre établissement (le cas échéant, la personne responsable de l'observance) **uniquement à l'aide de nos piluliers sécurisés que nous pouvons vous fournir ou de piluliers sécurisés (type blister, escargot, unidose...) utilisés habituellement par vos soins. Les autres supports ne pourront pas vous garantir l'observance et leur distribution.**

Je ne dispose pas de piluliers sécurisés et demande à OK Vacances de me les fournir

Je dispose de mes propres piluliers sécurisés (type blister, escargot, unidose,...).Tout autre conditionnement ne sera pas admis

Dans les deux cas, je recevrais les étiquettes autocollantes pour l'identification de ceux-ci.

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) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....