



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 : .../.../....

Est déjà parti avec OK Vacances : OUI NON Si oui, sur quel séjour :

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 :(portable obligatoire)

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

Personne accompagnatrice :(portable obligatoire)

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

OUI NON

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

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
- Copie de la carte mutuelle
- Photocopie de la carte d'invalidité
- 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)

Nom : Prénom : Séjour :
 Type de Handicap : Travailleur ESAT : OUI NON

AUTONOMIE ET DEPLACEMENT

- Je peux utiliser un lit superposé : oui non
- 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

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 (pendant le séjour)	<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 : normal, mouliné, diabétique, etc.)		
- Si oui, traitement	<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"/>	• Appareil apnée du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Si oui, préciser :			- si oui, gère seul(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Soins médicaux nécessitant l'intervention d'une IDE			• Aliments proscrits :		
(ex : soins, injections...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Allergie alimentaire :		
- Si oui, lesquels :			• Autres contre-indications :		
• Allergies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Consommation d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Si oui, préciser :			- si oui, quantité autorisé :		
• <u>INJECTIONS (pendant le séjour)</u>			• Risque de fausse route	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- si oui date de l'injection Obligatoire : .../.../....			- si oui, précisez :		
Produit :					
- Injections quotidiennes insulino-dépendant					
Fréquence par jour : <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir					
(Nos séjours ne sont pas adaptés à des personnes nécessitant plus d'une injection/jour)					

ATTESTATION TRAITEMENT MEDICAL (à remplir par l'éducateur référent ou famille)

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) :

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