

serei-voyages, votre agence de voyages spécialiste de l'évasion accessible  
**Bulletin d'inscription 2019 / Maison Yra**

Nom ..... Prénom .....  
Adresse du vacancier .....  
NPA ..... Ville .....  
Téléphone ..... Mobile du vacancier .....  
Date de naissance ..... Nationalité .....  
Adresse e-mail .....  
N° de sécurité sociale AVS/ AI 756. ....  
Membre Procap  oui  non

Photo du vacancier  
**OBLIGATOIRE**  
(même si déjà  
connu de serei !)

**COPIES RECTO-VERSO DE LA PIECE D'IDENTITE AVEC LAQUELLE  
VOUS VOYAGEREZ - OBLIGATOIRE**

**Personne ayant rempli le bulletin d'inscription** .....  
Tél direct ..... Email .....  
Nom et numéro d'une personne ou institution référente .....  
Adresse de facturation .....  
Adresse pour l'envoi des documents .....  
Lieu où vous serez la veille de votre départ ou le jour de votre départ .....  
Accompagnant au lieu de rendez-vous de départ ..... Mobile .....  
Accompagnant au lieu de rendez-vous de retour ..... Mobile .....  
Le vacancier se rendra seul au lieu de rendez-vous et repartira seul ?  oui  non

**Référent à appeler en cas de problème durant le séjour** .....  
**OBLIGATOIRE : N° de téléphone atteignable 24h/24h** ..... **Mobile** .....  
Nom du médecin traitant ..... Tél direct .....  
Nom du médecin psychiatre ..... Tél direct .....  
Sommes-nous autorisés à les appeler en cas d'urgence ?  oui  non

**DATES :** du ..... au ..... **2019**

▶ Forfait pension complète, hébergement en chambre double (prix <u>par jour</u> )	CHF	.....
▶ Supplément chambre individuelle (prix <u>par nuit</u> )	+ CHF	.....
▶ Vols <input type="checkbox"/> Billet d'avion Genève-Faro-Genève (prix sur demande)	+ CHF	.....
<input type="checkbox"/> Accompagnement durant le vol (prix sur demande)	+ CHF	.....
<input type="checkbox"/> Frais de réservation des sièges	+ CHF	.....
▶ Transferts de l'aéroport au lieu de séjour et retour	+ CHF	38.-
▶ Frais de dossier	+ CHF	60.-
▶ Assurance annulation et rapatriement OBLIGATOIRE (5% du montant total)	+ CHF	.....
Vous êtes assuré en privé auprès de .....		
<b>Prix total du séjour</b>	<b>CHF</b>	<u>.....</u>
▶ Argent de poche ( <i>non-facturé, mais à prévoir. EUR 250.- pour le séjour.</i> )	<b>EUR</b>	.....
▶ <b>Attention vous devez obligatoirement être en possession d'une assurance maladie/accident et d'une assurance responsabilité civile.</b>		
▶ <b>CARTE D'IDENTITE OU PASSEPORT VALABLE NECESSAIRE POUR LES CITOYENS SUISSES.</b>		

**TYPE DE HANDICAP**  MENTAL  PHYSIQUE\*  PSYCHIQUE\*  SENSORIEL  
*\*pour les handicaps physique et/ou psychique : veuillez obligatoirement joindre une description détaillée.  
Attention ce séjour n'est pas accessible aux personnes en fauteuil roulant !*

**DEGRE D'AUTONOMIE**  1  2

1 = Bonne autonomie. Encadrement, animations, organisation des excursions et des repas, discussions, jeux.  
2 = Autonomie moyenne. Intervention ponctuelle du personnel d'encadrement (gestion des médicaments, de l'argent de poche, des sorties, etc...). Stimulation dans les actes de la vie courante (hygiène, habits, repas, etc...). Légers troubles du comportement.

**DESCRIPTION PRECISE DU HANDICAP ET DE LA PERSONNE (réaction en cas de crises, causes de mal-être, habitudes). Si vous possédez une fiche individuelle de la personne, merci de nous la transmettre. Ces informations, et toutes celles figurant dans ce bulletin, sont confidentielles et extrêmement utiles pour nos bénévoles.**

.....

.....

**MEDICATION**                       Aucun médicament

Médicament	Dose	Heures de prise	Doit être pris <u>avec le repas</u> (même si l'heure du repas est décalée de 1h-2h)	Doit être pris <u>à heure précise</u> (même si c'est avant ou après les repas)
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Anticoagulant                       Antabus                       Méthadone                      (certificat médical obligatoire)

**BESOIN D'AIDE**

- |                                | OUI                      | NON                      | DETAILS  |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| ▶ Pour s'habiller              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  |
| ▶ Pour se laver                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  |
| ▶ Aux toilettes                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  |
| ▶ Au lever / au coucher        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  |
| ▶ Durant la nuit               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  |
| ▶ Durant les repas             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Couper les aliments <input type="checkbox"/> Gérer l'abus de nourriture |
| ▶ Pour marcher                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  |
| ▶ Pour nager                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <input type="checkbox"/> .....                        |
| ▶ Pour gérer l'argent de poche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Totalemment (entièrement géré par l'encadrement)                        |
|                                |                          |                          | <input type="checkbox"/> Partiellement (distribué 2-3x par semaine)                              |
|                                |                          |                          | <input type="checkbox"/> Gère seul(e)  |
| ▶ Pour gérer la médication     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Totalemment (semainier géré par l'encadrement)                          |
|                                |                          |                          | <input type="checkbox"/> Rappel régulier (semainier géré par le vacancier)                       |
|                                |                          |                          | <input type="checkbox"/> Gère seul(e)  |
| ▶ Pour gérer l'abus d'alcool   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Aucun alcool permis <input type="checkbox"/> .....                      |
| ▶ Pour gérer l'abus de tabac   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> .....cigarettes /jour <input type="checkbox"/> Distribuer une à une     |
|                                |                          |                          | <input type="checkbox"/> Fumeur (se) <input type="checkbox"/> Non-fumeur (se)                    |

2

**MALADIE**

- |   | OUI                      | NON                      | DETAILS |
|---|--------------------------|--------------------------|---------|
| ▶ Incontinence                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Aphasie                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Epilepsie                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Allergie aux médicaments                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Autres allergies                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Problèmes d'audition                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Problèmes de vue                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Diabète ( <b>détails obligatoires</b> ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |

**VIE SOCIALE**

- |                                  | OUI                      | NON                      | DETAILS   |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| ▶ Lieu de vie                    |                          |                          | <input type="checkbox"/> Institution <input type="checkbox"/> Apart. protégé <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Seul |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> .....  |
| ▶ Sortie sans <u>encadrement</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Apprécie la vie en groupe      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Influençable <input type="checkbox"/> .....                                     |
| ▶ Relations problématiques       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avec : <input type="checkbox"/> Les femmes <input type="checkbox"/> Les hommes  |
| ▶ S'oppose à l'autorité          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Des femmes <input type="checkbox"/> Des hommes   |
| ▶ Réactions émotionnelles fortes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Peurs incontrôlées/phobies     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Agressivité verbale/physique   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Dépression                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Tendance à fuguer              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Tendance suicidaire            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| ▶ Problèmes sexuels              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |

**Comportements à risques et/ou inadaptés à la vie en société ou pouvant porter préjudice aux autres vacanciers, aux touristes ou au personnel d'encadrement**  AUCUN

- Automutilation       Fabulation       Pyromanie       Cleptomanie       TOC  
 Comportement inadéquat (attouchements, attirance envers les enfants, etc...)       Cris  
 Autres : .....

**Exemples OBLIGATOIRES** en cas de réponse positive ci-dessus: .....

RENSEIGNEMENTS GENERAUX	OUI	NON	DETAILS
▶ Corpulence et stature			Poids .....kg      Taille ..... cm
▶ Lecture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> .....
▶ Ecriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> .....
▶ Orientation dans le temps			<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> A surveiller <input type="checkbox"/> Mauvaise
▶ Orientation dans l'espace			<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> A surveiller <input type="checkbox"/> Mauvaise
▶ Compréhension des consignes			<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Non-maîtrisée

DEPLACEMENTS	OUI	NON	DETAILS
<b>Pouvez-vous :</b>			
▶ Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
▶ Monter/descendre les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

DIVERS	OUI	NON	DETAILS
▶ Faites-vous la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
▶ Aimez-vous les animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<i>Vaccin du tétanos (rappel) obligatoire</i>			
▶ Souffrez-vous d'allergie (poils)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
▶ Souhaitez-vous avoir un contact avec les responsables du lieu de séjour			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui :	<input type="checkbox"/> Avant le séjour	<input type="checkbox"/> Après le séjour	

**Souhaits/attentes/envies du vacancier (en général ou pour les activités)** .....

**REMARQUES SUPPLEMENTAIRES (habitudes, loisirs, etc.)** .....

**VALIDITE DE LA PRE-INSCRIPTION : 2 SEMAINES**

**Veillez vous renseigner auprès de votre médecin traitant si vous souffrez de troubles circulatoires ou d'autres maladies pouvant présenter un danger en avion ou durant un bain d'hydro-massage (jacuzzi) et nous en informer le cas échéant.**

**DECLARATION RELATIVE A LA PRISE DE DROGUE** L'achat, la consommation et/ou le transport de stupéfiants sont strictement interdits lors de nos séjours. serei-voyages décline toute responsabilité dans de tels cas et appliquera les conditions générales de voyage sans restriction.

**Les conditions générales de voyage et de contrat (p.54-55 du catalogue 2019 de serei-voyages) sont applicables sans restriction.**

serei-voyages, Mme Elisabeth Dos Santos et M. Gérard BONVIN déclinent toute responsabilité en cas d'incident ou d'accident dû à un fait non indiqué dans le présent bulletin d'inscription. **Le vacancier (ou son représentant légal) certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets, qu'une personne référente sera atteignable 24h/24h** et qu'il a pris connaissance des conditions générales de serei-voyages. En cas d'urgence, il autorise le personnel d'encadrement à consulter un médecin afin de prodiguer les soins médicaux nécessaires et s'engage à couvrir les frais inhérents.

**Toutes les informations du bulletin sont OBLIGATOIRES et restent confidentielles. serei-voyages se réserve le droit de refuser une inscription en cas d'information manquante ou erronée** (chiffre 13 des conditions générales de voyage et de contrat, p.54-55 du catalogue 2019).

**Tout changement de l'état de santé, de la médication, des soins ou de l'état général du vacancier est à nous communiquer sans délai, avant le début du séjour !**

**Ce bulletin d'inscription fait office de confirmation. Toute annulation engendre des frais** (chiffre 7 des conditions générales de voyage et de contrat, p.54-55 du catalogue 2019).

**Lieu et date** ..... **Signature du vacancier** .....

La personne de référence (curateur, référent, parent, ...) a lu et approuvé l'inscription ci-dessus.

**Prénom et nom du curateur ou référent** ..... **Signature** .....

Bulletin d'inscription à retourner à **serei-voyages, Rue de la Ronde 30, 2300 La Chaux-de-Fonds**

Tél : 032 886 81 00

Fax : 032 722 07 44

courriel : [serei.voyages@ne.ch](mailto:serei.voyages@ne.ch)

site internet : [www.serei.ch](http://www.serei.ch)