

serei-voyages, votre agence de voyages spécialiste de l'évasion accessible
Bulletin d'inscription 2019 / Voyages de Groupe

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 !)

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

La remise au personnel d'encadrement des documents officiels (carte d'identité ou passeport et carte d'assurance-maladie) est obligatoire selon le chiffre 14, lettre b) des conditions générales de voyage et de contrat. (p.54-55 du catalogue 2019).

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

AUTONOMIE AU RETOUR Le vacancier est autorisé à rentrer seul depuis le lieu de rendez-vous.
 Si la personne de contact n'est pas atteignable ! Le vacancier est autorisé à attendre seul au lieu de rendez-vous.
 Le vacancier doit être installé dans un taxi depuis le lieu de rendez-vous si personne ne l'attend (à charge du vacancier).

1

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

Nom du curateur/représentant légal Tél direct

SEJOUR CHOISI **DATES**

► Forfait de base CHF
 ► Supplément chambre individuelle + CHF
 ► Supplément aide privée + CHF
Prix total du séjour CHF

► Argent de poche (non-facturé, mais à prévoir selon info dans le catalogue) CHF/EUR

► Assurances (voir conditions générales p. 54-55 du catalogue 2019)

Selon les réponses du bulletin, une aide privée peut être envisagée. Nous vous contacterons avant toute facturation.

TYPE DE HANDICAP MENTAL PHYSIQUE* PSYCHIQUE* SENSORIEL
 *pour les handicaps physique et/ou psychique : veuillez obligatoirement joindre une description détaillée.

DEGRE D'AUTONOMIE 1 2 3 Veuillez vous référer à la page 5 du catalogue 2019

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.

.....

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

- Automutilation Influençable Isolement Fabulation TOC
 Agressivité verbale Cleptomanie Pyromanie Phobies/peurs Cris
 Agressivité physique Réaction émotionnelle forte Réaction forte à l'autorité
 Comportement inadéquat (attouchements, attirance envers les enfants, etc...)
 Autres :

Exemples OBLIGATOIRES en cas de réponse positive ci-dessus:

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
			<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)

!/ En cas de modifications de traitement, la liste doit être transmise à serei-voyages avant le départ !

Injection durant le séjour, si oui faite par Le vacancier* un/e infirmier/ère**

Type d'injection Fréquence et nombre d'injections

Attention : prescription médicale, matériel et produit à prendre avec vous.

*Si lors du séjour le vacancier ne gère pas seul, celui-ci sera renvoyé chez lui à ses frais et sans remboursement.

**Veuillez rapidement nous en avvertir, car cette prestation n'est pas disponible partout.

Comportement inadéquat relatif à la prise de médicament ? oui non

Si oui, détails

BESOIN D'AIDE

- ▶ Pour gérer l'argent de poche Oui, totalement (entièrement géré par l'encadrement)
 Oui, partiellement (distribué 2-3x par semaine)
 Non, gère seul(e)
 - ▶ Comportement face à la gestion de l'argent Bonne gestion Dépensier, à retenir
 Peu dépensier Aucune notion de la valeur
 - ▶ Pour gérer la médication Oui, totalement (semainier géré par l'encadrement)
 Oui, rappel régulier (semainier géré par le vacancier)
 Non, gère seul(e) Aucun médicament
 - ▶ Pour gérer l'abus d'alcool Aucun alcool permis 1-2 verres par jour
 Ne boit pas Non, gère seul(e)
 - ▶ Pour gérer l'abus de tabac Fumeur(se), gère seul(e) Non-fumeur(se)
cigarettes /jour Distribuer une à une
 - ▶ Pour s'habiller Oui, totalement Oui, partiellement
 Non, gère seul(e) Choix des habits
- Remarques :
- ▶ Pour se laver Oui, totalement Oui, rappel Régler la température
- Tapis de douche/planche de bain à prendre avec vous !**
- | | OUI | NON | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| ▶ Pour se lever/coucher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ▶ Pour se rendre aux WC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Le jour <input type="checkbox"/> La nuit (si oui : fréquence |
| ▶ Durant les repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Couper les aliments <input type="checkbox"/> Porter le plateau si buffet |
| ▶ Pour gérer l'excès de nourriture | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Si oui</u> , consignes: |
| ▶ Pour nager | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sait nager <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <input type="checkbox"/> Surveillance |
- Moyens d'aide pour flotter, à prendre avec vous !**

Le vacancier est-il au bénéfice d'une aide à domicile? Oui, par Non

Si oui, pour Toilette/Soins Médicaments Ménage Détails :

MALADIE	OUI	NON	DETAILS
▶ Incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enurésie <input type="checkbox"/> Encoprésie <input type="checkbox"/> Rappel nécessaire
Type de protection			<input type="checkbox"/> Gère seul(e) <input type="checkbox"/> Rappel ponctuel <input type="checkbox"/> A gérer
<i>Protections, alèses, urinoirs, etc. à prendre avec vous !</i>			
▶ Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sommeil léger <input type="checkbox"/> Sommeil agité <input type="checkbox"/> Ronflements
▶ Aphasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle
▶ Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence des crises Médicament.....
			<input type="checkbox"/> Gère seul(e) <input type="checkbox"/> A gérer totalement
▶ Appareil respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Constamment <input type="checkbox"/> Ponctuellement : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> nuit
			<input type="checkbox"/> Gère seul(e) <input type="checkbox"/> Rappel <input type="checkbox"/> Aide nécessaire
▶ Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Méthadone <input type="checkbox"/>
▶ Maladies transmissibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Lactose <input type="checkbox"/>
▶ Allergie aux médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Allergie cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Autre allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle
▶ Appareil auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gère seul(e) <input type="checkbox"/> Rappel <input type="checkbox"/> Aide nécessaire
▶ Problème de vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C�civit� totale <input type="checkbox"/> C�civit� partielle <input type="checkbox"/> Lunettes
			<input type="checkbox"/> Aide pour les déplacements <input type="checkbox"/> Se déplace seul(e)
▶ Appareil dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gère seul(e) <input type="checkbox"/>
▶ Problème cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type Traitement
▶ Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type de diabète Taux.....
<i>Veillez nous communiquer les informations détaillées sur une feuille annexe</i>			
			<input type="checkbox"/> Régime <input type="checkbox"/> Injections <input type="checkbox"/> Gère seul(e)
▶ Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grand mal (chutes) <input type="checkbox"/> Petit mal (absences)
Crise prévisible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence <input type="checkbox"/> Plus de crise depuis
Baignade autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▶ Mal des transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Bateau <input type="checkbox"/> Car
▶ Doit être assis à l'avant du car	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Médicament, si oui
VIE SOCIALE	OUI	NON	
▶ Apprécie la vie en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Relations problématiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avec les <input type="checkbox"/> femmes <input type="checkbox"/> hommes <input type="checkbox"/> jeunes
			Exemples
▶ S'oppose à l'autorité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Des femmes <input type="checkbox"/> Des hommes <input type="checkbox"/> Des jeunes
			Exemples
▶ Lieu de vie			<input type="checkbox"/> Institution <input type="checkbox"/> Appart. protégé <input type="checkbox"/> Hôpital
			<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/>
▶ Sortie <u>sans encadrement</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui, la journée <input type="checkbox"/> Oui, l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui, le soir
<i>Les vacanciers pouvant sortir seuls doivent respecter les consignes et les horaires fixés par l'encadrement.</i>			
▶ Peut rester seul à l'hôtel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui, une journée <input type="checkbox"/> Oui, une demi-journée
<i>Exemple de situation : Un vacancier refuse de participer à une excursion.</i>			
▶ Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, stabilisé depuis
▶ Tendance à la fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, stabilisé depuis
▶ Tendance suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, stabilisé depuis
▶ Problèmes sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En couple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Partent sur le même séjour ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>Nous vous rappelons que les vacanciers doivent être informés des risques lors de rapports sexuels !</i>			
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	OUI	NON	
▶ Corpulence et stature			Poidskg 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
Pouvez-vous :			
▶ Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée			<input type="checkbox"/> 1 heure <input type="checkbox"/> 30 minutes <input type="checkbox"/> N'aime pas
Distance			<input type="checkbox"/> Longue <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Courte
Rythme			<input type="checkbox"/> Soutenu <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Lent
▶ Monter/descendre les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Aide nécessaire

PROBLEMES DE MOBILITE	OUI	NON	DETAILS
▶ Appareil orthopédique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lequel <input type="checkbox"/> Gère seul(e)
▶ Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Je le prends avec moi pour le séjour
▶ Canes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Je les prends avec moi pour le séjour
▶ Fauteuil roulant			Poids Hauteur..... Largeur Longueur.....
- manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Swisstrac <input type="checkbox"/> Je le prends avec moi pour le séjour <input type="checkbox"/> Je peux me déplacer en fauteuil sans aide <input type="checkbox"/> J'ai besoin d'aide pour pousser mon fauteuil
- électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Batterie sèche <input type="checkbox"/> Batterie liquide <input type="checkbox"/> Je le prends avec moi pour le séjour
- coque rigide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Je peux voyager dans un siège normal

Pouvez-vous :			
▶ Faire quelques pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> En donnant le bras
▶ Tenir sur vos jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> En donnant le bras
▶ Monter/descendre des marches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> En donnant le bras
▶ Transférer seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sur le lit <input type="checkbox"/> Sur les WC <input type="checkbox"/> Dans un véhicule
▶ Utilisez-vous			<input type="checkbox"/> Lit électrique <input type="checkbox"/> Potence <input type="checkbox"/> Soulève-personne <input type="checkbox"/> Réhausse-WC <input type="checkbox"/> Chaise percée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Je le prends avec moi <input type="checkbox"/> Je le loue (sur demande)

LE VACANCIER SOUHAITE PARTAGER SA CHAMBRE AVEC

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

VALIDITE DE LA PRE-INSCRIPTION : 2 SEMAINES

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 décline 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

site internet : www.serei.ch