

# Demande d'inscription 2020

**Exemplaire à envoyer dûment complété auprès de votre régionale Altéo.**

**Afin de vous offrir le meilleur accompagnement possible, cette demande d'inscription doit être complétée dans son entièreté. Dans le cas contraire, celle-ci vous sera renvoyée.**

Vos choix de séjours :

Lieu du séjour : ..... du ..... au ..... Organisateur : .....

Lieu du séjour : ..... du ..... au ..... Organisateur : .....

Lieu du séjour : ..... du ..... au ..... Organisateur : .....

Lieu du séjour : ..... du ..... au ..... Organisateur : .....

Désirez-vous **une chambre individuelle** (suivant les disponibilités) moyennant un supplément de prix :  oui  non

**En chambre double**, vous désirez la partager avec : .....

## Vos coordonnées

Numéro de registre national\* : . \_ \_ . \_ \_ - \_ \_ \_ . \_ \_

Nom : ..... Prénom : .....

Membre de la Mutualité chrétienne :  oui  non

Date de naissance : ..... Sexe :  F  M

Gsm / tél. : ..... Adresse mail : .....

Photo  
obligatoire

## Adresse de résidence :

Domicile  Institution  Autre : .....

Si Institution – nom de celle-ci : .....

Rue : ..... N° .....

Code Postal : ..... Localité : .....

**Personne de contact**, si différent, pour la gestion de l'inscription (factures, informations pratiques, certificat médical...)

Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : .....

Rue : ..... N° .....

Code Postal : ..... Localité : .....

Tél/GSM : .....

Le vacancier est-il sous un régime de protection judiciaire ?  De biens  De personnes

## Le Transport

Utilisez-vous le transport organisé pour le séjour (uniquement si celui-ci est proposé) :  oui  non

Pouvez-vous monter des marches sans élévateur :  oui  oui mais avec difficultés  non

Pouvez-vous voyager assis sur un siège dans le car :  oui  non

Si non, devez-vous rester **impérativement** dans votre voiturette :

manuelle  électrique / En position :  assise  semi-allongée

## Case réservée au service vacances Altéo

Code du séjour : .....	Cachet de la régionale du vacancier	Mutualiste Chrétien <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A préciser : VC / VE / VP / VO / HM MM / AU / HV / MA / PA / AV / VA / .....		<input type="checkbox"/> Mutation en cours :
		Date de réception : .....
		Date d'introduction : .....

En séjour, vous sortez de votre cadre de vie quotidien. **Nous vous demandons de bien évaluer vos capacités, sachant que vous séjournerez dans un endroit nouveau et qui peut être moins bien adapté.** Il est indispensable de compléter le bulletin avec exactitude. Cela nous permettra d'organiser au mieux votre accompagnement durant le séjour.

## Votre situation

J'ai une maladie et / ou un handicap

Situation		Dénomination	Précisions (obligatoire)	Matériel
Handicap physique	<input type="checkbox"/>			
Handicap mental	<input type="checkbox"/>			
Handicap visuel	<input type="checkbox"/>			
Handicap auditif	<input type="checkbox"/>			
Maladie	<input type="checkbox"/>			
Maladie mentale	<input type="checkbox"/>			
Autisme	<input type="checkbox"/>			

Je suis valide mais l'âge réduit mon autonomie

Je suis valide

(j'accompagne la personne suivante : ..... + lien.....)

## Votre vie Journalière

Quel est votre poids : ..... Kg / taille : ..... cm (cela nous permet de vous attribuer un accompagnement adéquat)

Pour les actes de la vie journalière ci-dessous, veuillez indiquer vos capacités.

Vie journalière	Oui	Non	Précisions (aide matérielle et/ou humaine)
Pouvez-vous vous déplacer seul à l'intérieur d'un bâtiment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pouvez-vous vous déplacer seul à l'extérieur d'un bâtiment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(+ de 2 km ?)
Pouvez-vous manger seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(stomie, fausse déglutition...)
Pouvez-vous vous laver seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pouvez-vous aller seul aux toilettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(protection...)
Pouvez-vous vous habiller / déshabiller seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pouvez-vous vous mettre au lit ou dans un fauteuil et en sortir seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous besoin de soins infirmiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous besoin de séances de kinésithérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Avez-vous une alimentation particulière à suivre :  oui  non - Spécifiez : .....

Remarques :

### Votre comportement

Avez-vous des points d'attention à nous communiquer dans les situations suivantes :

Comportement	Oui	Non	Précisions
Communication / langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risque de se perdre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vie en Groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Violence / agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vie affective et sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risque de chute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Remarques :

### Votre matériel nécessaire

Durant les séjours, emportez-vous du matériel spécifique :

#### Voiturette

Oui :  manuelle  électrique

non

Si oui, veuillez indiquer les dimensions de votre voiturette :

Pliée : Largeur : ..... cm / Longueur : ..... cm / Poids : ..... kg

Non-pliée : Largeur : ..... cm / Longueur : ..... cm / Poids : ..... kg

Quel matériel médical vous est **indispensable** lors du séjour? : .....

Si non, désirez-vous une voiturette pour les promenades à l'extérieur?  oui  non

**Autres matériels pour repas, nuit, toilettes** :  oui  non / Précisez : .....

**A remplir si ce n'est pas le vacancier qui complète cette demande d'inscription :**

Je soussigné(e) (nom, prénom) ....., agissant en tant que (fonction) ..... certifie que les renseignements sont complets et exacts; que le vacancier a été informé de l'ensemble des informations présentes et complétées dans cette demande d'inscription. Je certifie également avoir le mandat pour inscrire cette personne à ce séjour et donner les consentements ci-dessous au nom de cette personne.

**Cette partie est importante pour accompagner au mieux les vacanciers lors des séjours**

Pouvez-vous décrire la personne (communication, habitudes de vie, relationnel, soucis éventuels, rituels... ainsi que les bonnes idées pour l'accompagner lors d'un séjour).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Merci de prendre connaissance attentivement du cadre ci-dessous, de le compléter et de cocher les deux cases ci-dessous, afin de nous permettre de traiter votre demande d'inscription.**

Vos données personnelles seront traitées par l'ASBL Altéo (N° d'entreprise : 0410.383.442) dans le cadre du règlement général sur la protection des données. Ces données seront utilisées dans le cadre exclusif de votre inscription aux séjours de vacances organisés par l'ASBL.

\* Le numéro de registre national est demandé aux membres de la Mutualité chrétienne afin de pouvoir leur faire bénéficier de l'avantage vacances de celle-ci.

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier du participant. Elles sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs et les volontaires de l'ASBL et le cas échéant par les prestataires de santé consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites au maximum une année après l'activité si aucun dossier n'est ouvert.

J'autorise l'ASBL à traiter mes données personnelles et de santé dans le cadre de mon inscription aux séjours de vacances.

J'accepte les conditions générales et déclare avoir pris connaissance de la politique de confidentialité de l'asbl disponible sur [www.alteoasbl.be/vie-privee](http://www.alteoasbl.be/vie-privee)

Signature :

Fait à ....., le .....