

# Bulletin d'inscription

**Exemplaire à envoyer dûment complété auprès de votre régionale Altéo.  
4 demandes d'inscription maximum seront acceptées par vacancier.  
1 demande d'inscription à un séjour acceptée par bulletin d'inscription.**

*Aucune inscription ni réservation par téléphone. L'inscription deviendra définitive dès réception du courrier de confirmation du service vacances et du paiement de l'acompte.*

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 : .....

Coordonnées du vacancier :

Vignette de votre mutuelle  
Obligatoire

Photo  
obligatoire

**NISS / Numéro de registre national :** .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Gsm : ..... Adresse mail : .....

Adresse de résidence si différente de la vignette ( envoi du courrier/ facture)

Rue : ..... N°.....

Code Postal : ..... Localité : .....

## Le vacancier est-il sous un régime de protection ?

**De biens :**  oui  non / Si oui, Nom de la personne à contacter : ..... Téléphone : .....

**De personne :**  oui  non / Si oui, Nom de la personne à contacter : ..... Téléphone : .....

## Coordonnées de la personne à prévenir en cas d'urgence et joignable durant le séjour (indispensable)

Nom et Prénom (ou institution) : .....

Adresse complète : .....

.....

.....

Téléphone et gsm en journée : ..... En soirée : .....

## Coordonnées du médecin traitant du vacancier (OBLIGATOIRE)

Nom : ..... Téléphone et gsm : .....

Habitez-vous :  seul  en famille  AVJ  MR  MRS  Appartement supervisé

Institution : dénomination .....

Autres : .....

## Case réservée au service vacances Altéo

Code du séjour : ..... Cachet de la régionale du vacancier Mutualiste Chrétien  oui  non

A préciser : VC / VE / VP / VO / HM  Mutation en cours :

MM / AU / HV / MA / PA / AV / VA /..... Membre Altéo :  oui  non

Date d'introduction : .....

## Aidez-nous à vous connaître

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 :

- Handicap physique : **Dénomination (obligatoire)** : .....
- Handicap Mental : **Dénomination (obligatoire)** : .....  
 Léger  Modéré  Profond  Comportement autistique.
- Autisme
- Handicap visuel :  
 Malvoyant  Aveugle
- Handicap Auditif :  
 Malentendant  Sourd  Sourd et muet
- Maladie mentale : dénomination : .....
- Maladie Physique : dénomination .....
- Je suis valide mais l'âge réduit mon autonomie
- Je suis valide (j'accompagne la personne suivante : .....

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 tenir en station debout :  oui  non

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

Si non, devez-vous rester **impérativement** dans votre voiturette (maximum 5 places disponibles dans le car) :

manuelle  électrique

En position :  assise  semi-allongée

Avez-vous des besoins spécifiques durant le voyage : (car, avion, bateau...)  oui  non

Si oui lesquels : .....

# Votre vie journalière en séjour

## 1/ Êtes-vous capable de vous déplacer ?

- oui, seul et sans difficulté  1 km  5 km
- oui, seul mais uniquement dans le bâtiment  j'ai besoin d'une voiturette pour me déplacer à l'extérieur
- non, avec l'aide d'une personne (soutien à la marche)  j'ai besoin d'une voiturette pour me déplacer à l'extérieur
- non, avec l'aide d'un matériel :  canne  cadre de marche  autre : .....
- non, j'utilise une voiturette et me déplace entièrement seul :  à l'intérieur  à l'extérieur
- non, j'utilise une voiturette et je suis incapable de me déplacer seul, j'ai toujours besoin d'aide.

## 2/ Dans votre vie quotidienne :

- Présentez-vous des risques de chutes ?  oui  parfois  non
- Avez-vous des problèmes d'orientation dans l'espace (risque de se perdre) ?  oui  non
- Avez-vous des problèmes de repères dans le temps (confusion dans les dates, les heures) ?  oui  non
- Pouvez-vous gérer votre argent de poche seul ?  oui  non

## 3/ Pouvez-vous vous mettre au lit ou dans un fauteuil et en sortir seul ?

- oui, sans problème
- non, j'ai besoin de l'aide d'une tierce personne
- non, j'ai besoin d'une aide technique :  perroquet  lève-personne/élévateur  autre : .....

## 4/ Pouvez-vous vous habiller et vous déshabiller seul ?

- oui, sans problème
- non, j'ai besoin d'un coup de main
- non, j'ai besoin de l'aide d'une tierce personne

## 5/ Pouvez-vous prendre un bain ou une douche seul ?

- oui, sans problème
  - non, j'ai besoin d'un petit coup de main et / ou d'une surveillance
  - non, je ne sais pas me laver seul
- Pouvez-vous vous tenir debout quelques instants pendant votre toilette ou votre douche ?  oui  non

## 6/ Pouvez-vous aller aux toilettes seul ?

- oui, sans problème
- non, je ne sais pas aller aux toilettes seul
- non, j'ai des problèmes d'incontinence  le jour  la nuit  
J'utilise des  poches  protections

**OBLIGATION D'EMPORTER VOS PROTECTIONS EN QUANTITÉ SUFFISANTE**

## 7/ Avez-vous besoin de soins infirmiers ou kiné ?

- non
  - oui :  toilette corporelle  suivi de pansements ou plaies  autres .....
- Avez-vous une ordonnance de soins médicaux ? ..... A quelle fréquence ? .....
- Avez-vous besoin de la visite d'un kiné lors du séjour ?  oui  non (fréquence): .....
- Avez-vous besoin d'une aide particulière pour la prise des médicaments  oui  non
- Utilisez-vous un semainier pour gérer la prise des médicaments ?  oui  non

## 8/ Pouvez-vous manger seul ?

- oui, sans problème
- non, j'ai besoin :  repas mixé  une aide pour couper ou pour tartiner  d'un matériel (lequel : .....)
- non, je ne sais pas manger seul
- non, je suis alimenté par un moyen médical :  Stomie  autres .....
- J'ai besoin d'une aide pour boire :  technique ( canard, paille....)  une tierce personne

## 9/ Avez-vous une alimentation adaptée ?

- non
- oui, j'ai un régime particulier à suivre :
- sans graisse  sans sel  sans sucre  sans gluten  sans laitage
- Autres : .....

## 10/ Le sommeil :

- Avez-vous des problèmes de sommeil ?  oui  non
- Si oui, lesquels ? (insomnie, ronflement...) .....
- Vous levez-vous souvent la nuit ?  oui  non. Combien de fois en moyenne ? .....
- Avez-vous besoin d'une aide pour aller aux toilettes durant la nuit ?  oui  non
- Avez-vous besoin de matériel technique durant la nuit ?  oui  non. Lequel ? .....
- Est-ce « nécessaire » pour vous de faire une sieste ?  oui  non

## 11/ Communication :

- Avez-vous des difficultés d'expression ?  oui  non
- Si oui, comment vous faites vous comprendre ? .....
- Avez-vous des difficultés de compréhension ?  oui  non
- Utilisez-vous un moyen technique pour communiquer ?  oui  non
- Si oui, lequel ? ..... L'emportez-vous lors de vos vacances ?  oui  non

## 12/ Loisirs :

- Quels sont vos activités favorites, vos hobbies ? .....
- Faites-vous du sport ?  oui  non
- Pouvez-vous aller au bassin de natation ?  oui  non
- Savez-vous nager ?  oui  non
- Y a-t-il des activités que vous n'aimez pas du tout ?  oui  non. Lesquelles : .....

## 13/ Matériel

- Emportez-vous votre voiturette ?
- Oui :  manuelle  électrique
- non
- Si non, désirez-vous une voiturette pour les promenades à l'extérieur ?  oui  non
- Dimension de votre voiturette manuelle, roues comprises : Largeur : ..... cm /Longueur : ..... cm
- Poids : ..... kg (pour les séjours en avion)
- Quel matériel médical vous est **indispensable** lors du séjour? : .....

**ATTENTION : Les lits médicalisés sont uniquement disponibles aux domaines de Spa et de Ter Duinen.**



**Document spécifique pour les personnes porteuses d'un handicap mental et / ou une maladie mentale**

Citez : .....

**Situation de vie**

Le vacancier a-t-il une occupation régulière ?  oui  non

ETA (Entreprise de travail adapté)  Travail en milieu ordinaire  Centre occupationnel

Si oui pouvez-vous nous décrire son activité ? .....

**Loisirs**

Fait-il partie d'un groupe de loisirs  oui  non Si oui, lequel ? .....

Le vacancier s'occupe-t-il seul ?  oui  non A quoi ? .....

Aime-t-il jouer (cartes, jeux de société, ping-pong, quilles...) ?  oui  non

Sait-il lire ?  oui  non

Sait-il écrire ?  oui  non

Sait-il calculer ?  oui  non

**Encadrement – Accompagnement - Surveillance**

**Expliquez le comportement à adopter en cas de :**

Sentiment d'insécurité

.....

Risque de se perdre

.....

Fugues possibles

.....

Crises d'épilepsie

.....

Accès de colère

.....

Risque de vol

.....

Gestion de la nourriture

.....

Risque de violence ?

Si oui, de quel type (verbale, physique) - Expliquez ?

.....

.....

Tendance à l'isolement

.....

Comportements autistiques

.....

Automutilation

.....

Vie affective

.....

Vie sexuelle

.....

Autres

.....

Merci de votre collaboration !