

Votre
photo

A retourner à la Ligue de l'Enseignement 12
Domaine de Laurière - 623 Rte de Laurière – 12200 Villefranche-de-Rouergue
secteurhandicap@ligueenseignement12.org
05 65 45 09 51

Séjour :

Nom du séjour : _____
Date du ____/____/____ au ____/____/____ Coût : _____ €

Participant :

Nom et prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____ Age : ____
Adresse habituelle : _____
Etablissement fréquenté durant l'année : _____
N° de Sécurité Sociale : _____
Caisse : _____
Nom et prénom de l'assuré.e (si différent) : _____

Options :

☐ Chiens de traineaux

	NOM et Prénom	Adresse	Code postal et ville	Téléphone
Personne chargée de l'inscription et du suivi du séjour				
Référent ou unité à contacter durant le séjour				
Où adresser les convocations de départ				
Où adresser la facture				
Personne à prévenir en cas d'urgence*				
Médecin traitant				

* personne joignable pendant la totalité du séjour

Autorisation du tuteur ou de la tutrice, du/de la représentant.te légal.le:

Je soussigné-e agissant en qualité de m'engage
à respecter les conditions générales du séjour et autorise le/la responsable du séjour, après consultation d'un médecin et en cas
d'urgence, à faire soigner, hospitaliser et faire pratiquer des interventions chirurgicales en cas de nécessité, et selon les
réglementations en vigueur sur la personne de

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'annulation. Je m'engage à rembourser les frais médicaux ou
pharmaceutiques engagés par l'association.

☐ **Je n'autorise pas** l'association à utiliser éventuellement les photos du/de la vacancier.cièr.e inscrit.e prises en cours de séjour.
Ceci vaut pour la publication de la brochure afférente aux séjours et le site internet de la Ligue Aveyron.

A le

Signature (obligatoire) :

FICHE MEDICALE SEJOUR ADAPTE

Séjour : _____

Du ____/____/____ au ____/____/____

Nom et prénom du-de la vacancier-ère : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse habituelle : _____

Etablissement fréquenté durant l'année : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

Caisse d'affiliation : _____

Est-elle bénéficiaire de la CSS (si oui joindre impérativement l'attestation) : Oui / Non

TRAITEMENT	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

Traitement :

Prescrit par : _____ le _____

Poids : _____ Taille : _____

Médecin traitant : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Est-il joignable durant le séjour ? Oui / Non

Si non, qui contacter (Nom, Prénom, Téléphone) : _____

FICHE MEDICALE SEJOUR ADAPTE

Séjour : _____

Du ____/____/____ au ____/____/____

Nom et prénom du-de la vacancier-ère : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse habituelle : _____

Etablissement fréquenté durant l'année : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

Caisse d'affiliation : _____

Est-elle bénéficiaire de la CSS (si oui joindre impérativement l'attestation) : Oui / Non

TRAITEMENT	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

Traitement :

Prescrit par : _____ le _____

Poids : _____ Taille : _____

Médecin traitant : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Est-il joignable durant le séjour ? Oui / Non

Si non, qui contacter (Nom, Prénom, Téléphone) : _____

QUESTIONNAIRES DE SANTE (entourer la réponse)

Le-la vacancier-ère est-il-elle :

- Asthmatique : Oui / Non
 - Sujet à des crises d'épilepsie : Oui / Non
 - Sujet à d'autres types de crises : Oui / Non
 - Allergique aux médicaments : Oui / Non = Si oui, lesquels : _____
-

- Vacciné-e contre le tétanos : Oui / Non
- Autre vaccin _____ Date dernier rappel _____
- Autre vaccin _____ Date dernier rappel _____
- Autre vaccin _____ Date dernier rappel _____

Y-a-t-il une contre-indication médicale :

- A la baignade ou la pratique d'activités aquatiques : Oui / Non
- A la pratique d'une activité sportive : Oui / Non = Si oui, laquelle : _____
- A une altitude à ne pas dépasser : Oui / Non = Si oui, à partir de _____

Si la personne est une femme :

- Est-elle sous contraceptif : Oui / Non
 - En est-elle informée ? : Oui / Non
 - Nom du contraceptif utilisé (ou des autres moyens de contraception) : _____
-

- Si celui-ci est oral, le prend-elle seule ? Oui / Non
- Dates des dernières règles avant le séjour : _____
- Règles abondantes : Oui / No
- Règles douloureuses : Oui / Non

Autres recommandations médicales ou sanitaires : _____

*Signature du médecin ou nom et qualité
de la personne ayant remplie cette fiche*

QUESTIONNAIRES DE SANTE (entourer la réponse)

Le-la vacancier-ère est-il-elle :

- Asthmatique : Oui / Non
 - Sujet à des crises d'épilepsie : Oui / Non
 - Sujet à d'autres types de crises : Oui / Non
 - Allergique aux médicaments : Oui / Non = Si oui, lesquels : _____
-

- Vacciné-e contre le tétanos : Oui / Non
- Autre vaccin _____ Date dernier rappel _____
- Autre vaccin _____ Date dernier rappel _____
- Autre vaccin _____ Date dernier rappel _____

Y-a-t-il une contre-indication médicale :

- A la baignade ou la pratique d'activités aquatiques : Oui / Non
- A la pratique d'une activité sportive : Oui / Non = Si oui, laquelle : _____
- A une altitude à ne pas dépasser : Oui / Non = Si oui, à partir de _____

Si la personne est une femme :

- Est-elle sous contraceptif : Oui / Non
 - En est-elle informée ? : Oui / Non
 - Nom du contraceptif utilisé (ou des autres moyens de contraception) : _____
-

- Si celui-ci est oral, le prend-elle seule ? Oui / Non
- Dates des dernières règles avant le séjour : _____
- Règles abondantes : Oui / No
- Règles douloureuses : Oui / Non

Autres recommandations médicales ou sanitaires : _____

*Signature du médecin ou nom et qualité
de la personne ayant remplie cette fiche*

BAGAGE A PREPARER POUR 3 JOURS DE SEJOURS**NOM :****Prénom :**

En remplissant ce tableau et en l'intégrant au bagage du (de la) vacancier(ère)s, vous faciliterez le travail de l'équipe d'animation qui met tout en œuvre pour prendre soin des affaires de chaque vacancier(ère)s. Merci d'avance.

Le nombre d'affaires à mettre dans la valise est noté à titre indicatif, il vous suffit de remplir à chaque fois les cases grises. Les équipes rempliront ensuite les lignes de détails à l'arrivée du (de la) vacancier(ère)s afin de repérer chacune des affaires.

Types de vêtements		Nombre conseillé	Nombre mis dans la valise (À remplir par les responsables)	Nombre le premier jour	Nombre le dernier jour
SOUS-VETEMENTS	Soutien-gorge	2			
	Slip, caleçon ou culotte	4			
	Chaussettes	4			
	T-Shirt (dont manches longues)	3			
POUR LA NUIT	Pyjama	1			
VETEMENTS	Pantalon, jean	2			
	Survêtement	1			
	Veste	1			
	Pull-over, sweat-shirt	2			
	Coupe-vent	1			
CHAUSSURES	Chaussure de ville ou basket	1			
	Pantoufles	1			
POUR LA TOILETTE	Serviette de toilette	1			
	Draps de bain	1			
	Gant de toilette	1			
	Nécessaire de toilette	1			
PROTECTION	Crème solaire	1			
	Casquette	1			
DIVERS	<u>Gourde Individuelle</u>	1			
	<u>Sac à dos (important)</u>	1			
Autres affaires personnelles, n'hésitez pas à écrire au dos de cette feuille.					

Attention : N'oubliez pas de marquer TOUTES les affaires de manière lisible et durable