



# DOSSIER DU VACANCIER

**Photo  
(obligatoire)**

**Prénom et nom du vacancier :**

.....

Nature Pour Tous  
Service Vacances Adaptées  
75 Route des Fabriques - BP 18  
42740 Saint-Paul en Jarez  
[www.naturepourtous.fr](http://www.naturepourtous.fr)  
tél. : 04 77 73 04 90  
[vacances-adaptees@naturepourtous.fr](mailto:vacances-adaptees@naturepourtous.fr)



## ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles. Ce dossier sera remis dans la valise du vacancier le dernier jour du séjour.

# SOMMAIRE

## I Partie Administrative

(A l'attention du représentant légal)

## II Partie accompagnement vie quotidienne

(A l'attention des familles et des équipes éducatives)

## III Partie médicale

(A l'attention du médecin et des infirmiers)

Pièces à fournir <u>obligatoirement</u>	Cadre réservé à Nature Pour Tous	
	Oui	Non
Photocopie de la carte d'identité (recto/ verso)		
Photocopie de l'attestation de la carte vitale		
Photocopie de la carte de mutuelle		
Photocopie de la carte d'invalidité		
Une ordonnance originale pour les traitements ( validité 1 mois avec dates de séjours indiquées + ensemble des traitements type « si besoin » « confort » etc)		



## PARTIE ADMINISTRATIVE

(A l'attention du représentant légal)

### I Civilité du vacancier et renseignements principaux :

✕ Prénom : ..... Nom : ..... Né(e) le : ...../...../..... Sexe : M  / F

✕ N° Sécurité sociale : ..... *(SVP, Joindre obligatoirement une photocopie de l'attestation de la sécurité sociale)*

✕ Adresse de résidence principale du vacancier :

N°/ Rue/ voie/ Bat : ..... CP : ..... Ville : .....

### II Conditions générales d'inscription au séjour

✕ Nom et lieu du séjour : ..... Du : ...../...../..... Au : ...../...../.....

✕ Ville de Départ : ..... Ville de Retour : .....

✕ Assurance annulation (3,7%) : Oui  Non  *(En cas de non réponse, l'assurance sera incluse dans la prestation)*

### III Contacts *(SVP, à remplir impérativement)*

	Nom et Prénom	Adresse	CP	Commune	Téléphone	Fax et Email
Inscrit par :						
Tuteur :						
<b>Astreinte (obligatoire)</b>						
Facturation						

### IV Autorisation d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale

Nous, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal).....,

**Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiqué, en d'urgence, toute hospitalisation chirurgicale, y compris une anesthésie, sur la personne : .....**

Fait à : ..... Le : ..... Signature du vacancier ou de son représentant légal :

## V Conditions générales de ventes

**Nous**, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal).....,

1/ Avoir pris connaissance des conditions générales de vente des séjours de vacances adaptées organisées par l'association Nature Pour Tous.

2/ Avoir pris connaissance de l'inscription du majeur susnommé au séjour (*indiquer le nom du séjour*) .....  
....., se déroulant (*indiquer la ville du séjour*).....

Fait à : ..... Le : ..... Signature du vacancier ou de son représentant légal :

## VI. Autorisation droit à l'image

**Nous**, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal).....,

Autorisons l'association Nature Pour Tous à prendre des photos et des vidéos du vacancier et de les diffuser sur son site internet privé et sécurisé : [www.naturebook.fr](http://www.naturebook.fr). De plus ces photos pourront être utilisées sur de futurs moyens de communication (catalogue, page internet dédié à un séjour etc...).

Nature Pour Tous s'engage à en informer le vacancier au moment où les photos seront prises.

N'autorisons pas l'association Nature pour Tous à prendre des photos et vidéos du vacancier.

Fait à : ..... Le : ..... Signature du vacancier ou de son représentant légal :

## VII . Autorisation remboursement frais médicaux

**Nous**, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal).....,

Nous nous engageons à rembourser ou faire rembourser les frais médicaux avancés par l'association Nature pour Tous dans le cadre du séjour susnommé.

### Dans ce cadre,

j'autorise                       je n'autorise pas

le responsable du séjour à payer les frais médicaux inférieurs à 8 euros avec l'argent de poche du vacancier susnommé.

Fait à : ..... Le : ..... Signature du vacancier ou de son représentant légal :

## VIII. Autorisation de sorties libres

**Nous**, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal).....,

Autorisons le vacancier à bénéficier de sorties libres (sans accompagnement durant le déroulement de son séjour).

Fait à : ..... Le : ..... Signature du vacancier ou de son représentant légal :



# PARTIE « ACCOMPAGNEMENT VIE QUOTIDIENNE »

(à l'attention des familles ou équipes éducatives)

**Vacancier :** Nom : ..... Prénom : .....

## I Evaluation du niveau d'autonomie

La constitution de groupes homogènes est l'un des facteurs essentiels au bon déroulement de chacun des séjours. Nous nous proposons la grille du CNLTA afin de pouvoir évaluer le niveau d'autonomie du vacancier, selon ces critères :

AUTONOMIE	PHYSIQUE	COMPORTEMENT	COMMUNICATION VERBALE
<b>A</b> Bonne autonomie : sociable, dynamique, participe. Présence discrète de l'encadrement sociable	<b>1</b> Pas de problèmes moteurs. Bon marcheurs	<b>1</b> Comportement sociable, ne laissant pas apparaître de problème particulier.	<b>1</b> Possédant le langage
<b>B</b> Autonomie relative. Nécessité d'intervenir dans différents domaines (prise de médicaments, argent de poche, activités etc...) Juste à stimuler dans les actes de la vie courante (toilette, habillage). Accompagnement actif	<b>2</b> Pas de problèmes moteurs. Se déplace sans difficulté pour de petites « promenades » « Fatigable »	<b>2</b> Comportement ritualisé repérable, instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger, mais pouvant avoir des périodes de grande angoisse et de retrait.	<b>2</b> Compréhension générale mais langage pauvre.
<b>C</b> Pas autonome Aide effectuée dans les actes de la vie quotidienne. Encadrement constant	<b>3</b> Problèmes moteurs. Marche avec l'aide « ponctuelle » d'un tiers, d'un appareillage particulier ou d'un fauteuil.	<b>3</b> Comportement instable et atypique. Période de grandes angoisses par crises. Risques d'automutilation et/ou d'agression.	<b>3</b> Verbalisation inexistante. Mode de communication très complexe
<b>D</b> Prise en charge très importante, rapprochée et permanente, nécessitant des locaux et matériels appropriés.	<b>4</b> Personne ne sortant pas ou peu de son fauteuil. Dépendant d'une tierce personne.		

### Autonomie (cocher la case)

Très bonne (A111 à A112)

Bonne (A122 à B111)

Moyenne (B111 à B222)

Faible (B223 à C233)

Grande dépendance (C233 à D4)

### Evaluation des capacités motrices et du degré de fatigabilité (cocher la case):

*Vous retrouverez ces logos dans les pages catalogues qui précisent les caractéristiques des conditions de dynamisme requises du séjour concerné :*

 <input type="checkbox"/>	Personne considérée comme « Dynamique ». Le vacancier ne présente aucune difficulté motrice et est endurant (longue marche, randonnée, visite à la journée...)
 <input type="checkbox"/>	Personne considérée comme « Bon marcheur ». Le vacancier ne présente aucune difficulté motrice et a la capacité de marcher de 1h à 2h avec des pauses régulières.
 <input type="checkbox"/>	Personne considérée comme « Fatigable et Rythme lent ». Le vacancier ne présente aucune difficulté motrice. Toutefois, il peut accéder à de petites marches (moins de 1h avec plusieurs pauses).

## II Renseignements généraux

☒ Le participant est-il déjà parti en séjour de vacances adaptées ? Oui  Non

☒ Le séjour a été choisi par ? L'équipe  La personne  Le Tuteur

☒ Y-a-t-il des demandes particulières quant au séjour demandé ?

.....

.....

.....

## III Toilette et Hygiène

<u>Entretien personne</u>	<u>Seul</u>	<u>Stimulation</u> <i>(verbale, gestuelle,etc)</i>	<u>Avec aide</u> <i>(faire à la place de)</i>	<u>Hygiène/ propreté</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	
Fait sa toilette				Est énurétique le jour			
Se brosse les dents				Est énurétique la nuit			
Se rase				Est encoprétique le jour			
Se coiffe				Est encoprétique la nuit			
S'habille				A peur du bain			
Change ses vêtements				A peur de la douche			
Change ses sous-vêtements				<u>Autres :</u>			
Reconnait ses vêtements							
Se chausse							
Va aux toilettes							

**Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....







## VII Comportement

Comportement	Oui	Non	Précisions
Tendance à fuguer			
Troubles de la mémoire			
Délires			
Hallucinations			
Phobies			
Crises d'angoisse			
Agressivité			
Automutilation			
Mise en danger de soi (refus de soin, etc)			
Comportements exhibitionnistes			
Troubles obsessionnels et compulsifs			
Tendance au retrait			
Consommation de boissons alcooliques			
Consommation de tabac			

**Indiquer ci-dessous toutes informations complémentaires utiles :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## VIII Gestion de l'argent personnel

	Autonome	Avec une aide	Non
Gestion de l'argent de poche			
Réalisation d'un achat simple			
	OUI	NON	
A-t-il un porte-monnaie sur lui ?			
A-t-il besoin d'avoir sur lui une somme hebdomadaire/ journalière ?			
Son argent de poche doit-il être conservé en lieu sûr ?			

**Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## X Sorties et déplacements

<u>Sorties et déplacements</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Avec une préparation/Préciser</u>
Se repère dans l'espace			
Se repère dans le temps			
Mémorise un lieu à atteindre			
Mémorise un trajet			
S'adapte à des nouveaux lieux			
Supporte les lieux publics			
Lit l'heure			
Lit les panneaux indicateurs			
Sait demander son chemin			
Sait rentrer à heure fixe			
Sait traverser la chaussée sans danger			
Sort seul sans accompagnement			
Sort en petit groupe sans accompagnement			

**Seuls les vacanciers qui auront l'autorisation de sorties libres (sans accompagnement) signée par le représentant légal (cf. page 2 – Partie administrative) pourront en bénéficier**

## XI Activités sportives et de loisirs

<u>Activité sportives et de loisirs</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Précisions</u>
Sait faire un choix parmi plusieurs activités			
Pratique régulière d'une activité sportive (préciser)			
Pratique régulière d'une activité de loisirs (préciser)			
Fatigabilité (préciser)			
Peut soutenir son attention de manière prolongée (durée d'un film/ spectacle)			
Sait nager			
Peut prendre les repas en dehors du lieu de séjour habituel			
Contre-indication à sortir le soir			

**Indiquer ci-dessous toutes précisions ou préconisations complémentaires utiles :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Cadre réservé à Nature Pour Tous*

.....

.....

.....

.....





# PARTIE MEDICALE

(A l'attention du médecin traitant et des infirmiers)

## I Données administratives

**Nom :** ..... **Séjour choisi :** .....

**Prénom :** ..... **Période du séjour choisi :** .....

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : M ou F (barrer la mention inutile)

Adresse du lieu de résidence

Habituelle :

Numéro de sécurité sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Caisse d'affiliation :

.....

## II Médecin traitant

### 1/ Coordonnées du médecin traitant

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Adresse :

Le médecin traitant est-il joignable durant le séjour

Oui

Non

*Si non, indiquer le nom, prénom adresse et téléphone du médecin joignable :*

Préciser les coordonnées du représentant légal et/ ou de la personne la plus proche à joindre en cas de nécessité :

.....

.....

.....



## V Prescription médicale

### Joindre les ordonnances à jour.

Toutefois, si le traitement évolue entre l'envoi du dossier et le début du séjour, vous êtes tenus de nous faire parvenir la nouvelle **ordonnance réactualisée**. Merci de votre compréhension

Nom du médicament	Matin <small>(indiquer la posologie)</small>	Midi <small>(indiquer la posologie)</small>	Soir <small>(indiquer la posologie)</small>	Coucher <small>(indiquer la posologie)</small>
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				

### Autres soins prescrits : Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires

• Injection : Oui  Non  Type d'injection:.....Fréquence :.....

• Autres :

.....  
.....  
.....  
.....

## VI Prise de traitement

	<u>OUI</u>	<u>Avec une aide</u>	<u>NON</u>
<u>Le vacancier prend-t-il seul son traitement ?</u>			
<u>Le vacancier garde-il son pilulier avec lui ?</u>			

### Indiquer les préconisations d'accompagnement dans l'aide à la prise de traitement:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## VII Vaccination/ Allergies/ maladies

**Groupe sanguin :** .....

	Oui	Non	Date du dernier rappel
HEPATITE A			
HEPATITE B			
TETANOS			
GRIPPE			
Autres vaccinations			
	Oui	Non	Précisions obligatoires
Asthmatique			Date de la dernière crise: Ventoline : Autres :
Epileptique			Date dernière de la crise :
Diabétique			Date : Insulinodépendant
Apnée du sommeil			Port d'un appareil respiratoire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### Allergies connues

.....

.....

### Contre- indications médicamenteuses

.....

.....

### Contre-indications sportives

*(Oui : activité contre -indiquée – non : activité possible pour le vacancier)*

	Oui	Non	Précisions
Baignade			
Autres activités nautiques			
Sport de plein air (accrobranche, Via Ferrata ...)			
L'altitude est-elle déconseillée			
Une activité soutenue est-elle déconseillée ?			
Toute exposition solaire même modérée est-elle <b>strictement</b> déconseillée ?			

### Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires

.....

.....

.....

.....



VIII A l’attention des vacancières

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Précisions</u>
Moyen de contraception			<i>Si oui, lequel :</i>
Gère-elle seule son moyen de contraception ?			
Aménorrhées			
Dysménorrhées			
Les règles sont abondantes			
Les règles sont douloureuses			

IX Addiction

	Oui	Non	Précisions	Autres
Le vacancier fume-t-il des cigarettes ?			Combien : <i>Joindre le protocole de distribution</i>	
Le vacancier fume-t-il du tabac à rouler ?			Combien : <i>Joindre le protocole de distribution</i>	
Le vacancier consomme-t-il des boissons alcoolisées ?				
Le vacancier a-t-il une consommation problématique d’alcool ?				
La consommation d’alcool est-elle interdite pour le vacancier ?				

Autres recommandations sanitaires ou médicales :

..... .....
---

Lieu :

Lieu :

Date :

Date :

Signature du vacancier ou du représentant légal :

Signature du médecin :