



# VACANCES ADAPTÉES ENFANTS

## FICHE D'INSCRIPTION

vacances-adaptees.ufcv.fr

OBLIGATOIRE

Coller une photo d'identité récente pour faciliter le repérage de l'enfant

### PARTICIPANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Sexe : M  F   
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Etablissement fréquenté : .....  
Adresse : .....  
Personne de référence : .....  
Téléphone : .....  
Email : .....

L'enfant est déjà parti avec l'Ufcv : Oui  Non   
Les parents sont-ils les responsables légaux : Oui  Non

### RESPONSABLE LÉGAL

Nom : ..... Prénom : .....  
Fonction : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Email : .....

### RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION

Nom : ..... Prénom : .....  
Fonction : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Email : .....

### PENDANT LE SÉJOUR - URGENCE

	Responsable inscription	Autre personne*
PERSONNE À CONTACTER DURANT LE SÉJOUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTACT EN CAS D'URGENCE 24/24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUMÉRO : .....  
Précisions éventuelles : .....

\* Si la personne à contacter est une autre personne :  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....

### CONVOCATION ET INFORMATIONS DE SÉJOUR

Envoi convocation/informations au  Vacancier  Responsable inscription  Autre personne

Envoi compte rendu de séjour au  Vacancier  Responsable inscription  Autre personne

Dans le cas de l'envoi à une autre personne :  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... Email : .....

### RELEVÉ DE FRAIS

Envoyer le relevé de frais au : Responsable inscription  Autre personne   
Dans le cas de l'envoi à une autre personne :  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... Email : .....

### SÉJOUR CHOISI (COMPLÉTER 1 FICHE PAR SÉJOUR)

Nom du séjour : .....  
Dates : du ..... au .....  
Second choix si premier choix non possible : .....  
Nom du séjour : .....  
Dates : du ..... au .....

### TRANSPORT

Transport vers lieu de séjour : Oui  Non  (Accueil sur place)  
Lieu de départ : .....  
Lieu de retour : .....  
Voir les lieux de départ proposés dans le catalogue

### GARANTIE ANNULATION/INTERRUPTION (FACULTATIVE)

L'Ufcv vous conseille de souscrire à une garantie qui vous rembourse les frais de désistement ou la part du voyage non effectué en cas d'interruption du séjour exécuté par un assistant dans un certain nombre de cas (Voir les conditions particulières d'inscription).  
Si vous souhaitez souscrire cette option, vous devez impérativement ajouter son montant au prix du séjour lors du versement du premier acompte.

J'ai pris connaissance des conditions générales de la garantie annulation/interruption et je souhaite y souscrire Oui  Non

### ACCEPTATION

Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de ....., certifie avoir pris connaissance des conditions particulières d'inscription et des conditions générales de vente (présentes au catalogue) et de déroulement des séjours vacances adaptées de l'Ufcv, et déclare les accepter sans réserve.

J'effectue une copie de cette fiche avant de vous la retourner.

Fait à ..... Le .....  
Signature

### PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Fournir de préférence une attestation de prise en charge.  
Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de ..... pour l'organisme .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Email : .....  
Prend en charge :  Partiellement  Totalement  
Les frais de séjours et les frais annexes de ..... pour un montant de .....  
Fait à ..... Le .....  
Signature et Cachet de l'organisme

### CADRE RÉSERVÉ À L'UFCV

# NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

## TOILETTE ET HYGIÈNE

	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide totale
• Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Change ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	
• A peur de la douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Le jour	La nuit	
• Est énurétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Est encoprétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Porte des protections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	à fournir
	Serviettes	Tampons	
• Pour les jeunes filles réglées, port de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Remarques complémentaires :	.....		

## ALIMENTATION

	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide totale
• Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	
• Utilisation de gélifiant pour boissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à fournir
• Particularités alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesquelles (régime, aliments mixés/semi-mixés... joindre ordonnance et protocole)	.....		
Autres remarques (façon de manger, couverts adaptés...)	.....		

## SOMMEIL

	Oui	Non
• A des difficultés pour s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A peur de l'obscurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A des angoisses nocturnes, des insomnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se lève la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A un lever difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fait la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heure habituelle du coucher : .....		
• Heure habituelle du lever : .....		
• Préconisations : .....		

## SANTÉ Compléter la fiche médicale obligatoirement

• Poids : .....kg      Taille : .....m

	Oui	Non
• Sous traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'intervention d'une IDE est prévue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Déficience visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non voyant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal voyant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		En permanence
• La personne est équipée de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Déficience auditive : Sourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malentendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Commentaires :	.....	
• Port d'appareillage (prothèse auditive, prothèse dentaire, corset, ...)	.....	

**EPILEPSIE**

	Oui	Non
• ENFANT ÉPILEPTIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stabilisée	Occasionnelle
		Fréquente
Si oui, l'épilepsie est-elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Malgré l'épilepsie, baignade autorisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Si oui, joindre un certificat médical autorisant la baignade

	Oui	Non
• Fume habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Quantité quotidienne : .....		
• L'enfant/adolescent utilise des produits illicites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interdit	Autorisé

## DIVERS

	Oui	Non
• L'enfant a-t-il des frères et sœurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui combien et prénoms :		
• L'enfant vit des situations d'intégrations pendant l'année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Nom et qualité de la personne ayant rempli cette fiche :

.....

.....

## COMPORTEMENT

	Oui	Non
• A un objet fétiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lequel : .....		
• A des rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesquels : .....		
• Peut se mettre en danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans quel contexte : .....		
.....		
	Fuguer	Errer
• A tendance à	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Est sujet(te) aux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Délires	Phobies
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hallucinations
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesquels : .....		

**Pour compléter cette rubrique nous tenons à votre disposition une fiche complémentaire de renseignements**

## RELATIONS

• Si des difficultés relationnelles peuvent se manifester préciser :

- Lesquelles (blocage, insultes, violence...) ? .....

- avec qui ? (encadrants, les vacanciers, les personnes extérieures au séjour...) .....

Préconisations (pour éviter ou gérer ces difficultés) ? .....

.....

.....

## COMMUNICATION

	Seul	Avec aide	Non
• Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ecrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Langage	Gestes	Cris
• mode de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autre(s) mode(s) de communication :	.....		

## ACTIVITÉS - LOISIRS

	- de 30 mn	de 30 mn à 1h	+ d'1h
• Peut soutenir son attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	
• Choisit une activité parmi plusieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Nage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Pratique régulièrement une activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laquelle : .....			
• Autre centre d'intérêt (culturel, artistique, sportif, ludique...)	.....		

## ARGENT PERSONNEL

	Oui	Non
• Gérer son argent seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somme habituellement gérée et période : .....		€ par .....

## SORTIES

	Oui	Non	Avec préparation
• Peut sortir seul sans animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Lit l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Est capable de rentrer à heure fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• A besoin de temps pour s'adapter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Se repère dans de nouveaux lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Remarques complémentaires : .....			

## MOTRICITÉ / DÉPLACEMENTS

	Fauteuil Roulant	Déambulateur	Canne
• Se déplace en/avec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tout le temps	En sortie	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oui	Non	Avec aide
• Monte un escalier seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour les personnes en fauteuil roulant :			
- emporte son fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- véhicule adapté nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- se maintient debout pour transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Porte des chaussures orthopédiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- de 30 mn	de 30 mn à 1h	+ d'1h
• Peut marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques complémentaires :	.....		