

**UFCV**

vacances adaptées organisées

# Fiche d'inscription

## enfants

**OBLIGATOIRE**

Coller une photo d'identité récente pour reconnaître 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 :

**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*          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>PERSONNE À CONTACTER PENDANT LE SÉJOUR</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Contact en cas d'urgence 24/24</b>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Numéro :</b> .....                         |                          |                          |
| <b>Précisions éventuelles :</b> .....         |                          |                          |

**\*Si la personne à contacter est une autre personne**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....

**CONVOCACTION ET INFORMATIONS DE SÉJOUR**

|                                   | Vacancier                | Responsable inscription  | Autre personne           |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Envoi convocation/informations au | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Envoi compte rendu de séjour au   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 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.  
 En cas de pandémie, j'ai pris connaissance et j'accepte les conditions particulières d'organisations des séjours.  
 J'accepte que les données collectées par ce document soient confiées et utilisées par les équipes UFCV pour le bon déroulement du séjour. Ce document sera ensuite archivé pendant la durée de prescription légale applicable.

J'accepte de recevoir des informations relatives aux séjours et aux activités de l'UFCV. Oui  Non

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  Totalemment  
 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                  | Non                      |
| • Est énurétique                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Est encoprétique                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Porte des protections                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Si oui, à fournir</b>                  | 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 obligatoire

• 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   | 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"/> |
|   | lentilles <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            |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, l'épilepsie est-t-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 / l'adolescent utilise des produits illicites | Interdit <input type="checkbox"/> | Autorisé <input type="checkbox"/> |

### 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 aux            | Délires <input type="checkbox"/> | Phobies <input type="checkbox"/>        |
|                            |                                  | Hallucinations <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"/> |
| • Écrit                               | <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                 | + d'1h                   |
| • Soutien de l'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 :

.....

Les informations communiquées sont à l'usage exclusif de l'UCVY pour le traitement des inscriptions. Conformément à la loi RGPD relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur ces données. Notre politique de confidentialité intégrale sur vacances-adptees.ufcv.fr.