



PIERREFONTAINE-LES-VARANS

FRANCE

LA FERME DU BONHEUR

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom : _____Prénom : _____

Adresse :Foyer :

CP :Ville

Téléphone :Date de Naissance :

Séjour du _____au

.....
Personne responsable de l'inscription

Tél :

E-mail :

Adresse pour la facturation

.....
E-mail :

Personne à prévenir en cas d'urgence / maladie/ accident :

Nom :

Tél : durant le séjourPortable :

Nom du médecin :Tél

Nom du tuteur / du représentant légal :

.....Tél :

Signature obligatoire en fin de document

Type de handicap : Physique Mental Psychique Sensoriel

Souligner se qui convient

Description du l'handicap :

Faire une photocopie du nom des médicaments, de leurs prises, une réserve de tout les médicaments et prendre avec vous la notice, qui se trouve dans les boites.

Poids et taille : _____ kg _____ cm

Savez-vous : lire : écrire :

Connaissez-vous : La valeur de l'argent :.....
Vous situer dans le temps :.....

Pouvons-nous communiquer avec vous ? Normalement :
Avec un moyen auxiliaire :

Oui Non

Aimer-vous les animaux : () ()

Souffrez-vous d'allergie : () ()

AIDE NECESSAIRE : **Oui Non Renseignement complémentaire :**

M'habiller / Me déshabiller : () ()

Me lever / Me coucher : () ()

Douche : () ()

Toilettes : () ()

Me laver les dents / Me raser : () ()

Manger / Boire : () ()

Autre forme d'aide : () () Expliquez séparément sur feuille A4

Pour l'argent de poche () ()

Pour gérer les médicaments : () ()

Pour l'abus d'alcool : () ()

Pour l'abus de tabac : () ()

Fonctionnement de la vessie : () ()

Fonctionnement des intestins : () ()

J'AI BESOIN : **Oui Non**

Barrière de lit : () ()

Potence de lit : () ()

Lit électrique : () ()
Alèse en plastique : () ()
Chaise de douche : () ()
Lève malade : () ()

MALADIE : **Oui** **Non** **Renseignement complémentaire :**

Incontinence : () ()
Aphasie : () ()
Asthme : () ()
Toxicomanie : () ()
Allergie cutanée : () ()
Allergie aux médicaments : () ()
Surdité : () ()
Problème de vue : () ()
Diabète : () ()
Epilepsie : () ()
Autres : () ()

VIE SOCIALE : **Oui** **Non** **Renseignement complémentaire :**

Réaction émotionnelles : () ()
Peur incontrôlées : () ()
Agressivité : () ()
Sortie possible sans surveillance : () ()
Dépression : () ()
Tendance a la fugue : () ()
Tendance suicidaire : () ()
Problèmes sexuels : () ()
Contraception : () ()
Relation avec l'encadrement / Famille :

RENSEIGNEMENTS GENERAUX :	Oui	Non	Renseignement complémentaire :
Appareil dentaire :	()	()	
Appareil orthopédique :	()	()	
Appareil auditif :	()	()	
Lunettes :	()	()	
Autres :	()	()	

MOBILITE :

Marcher :	()	()
Monter et descendre des escaliers :	()	()
Vous asseoir sur un siège normal :	()	()
Monter et descendre des escaliers :	()	()
Vous asseoir sur un siège normal :	()	()
Faire quelque pas :	()	()
Transfert seul/e possible :	()	()

Déambulateur ou cannes utilisées

Fauteuil roulant :	Manuel :
	Electrique :
	Coque rigide :

Autres moyens auxiliaires nécessaires :

Mes hobbies sont :

Pour venir en vacances

Je voyage en voiture ou mini bus : Tél portable :

Je voyage avec un moyen auxiliaire :

Je voyage en train, j'arrive à la gare de : heure d'arrivée :

Je me rendrai sur place par mes propres moyens : heure d'arrivée :

LE RETOUR DE VACANCES

Je voyage en voiture ou mini bus Tél portable :.....
Je pars en train, de la gare de :..... heure de départ :.....
On vient me chercher sur place : heure de départ :.....
Transfert nécessaire pour venir depuis : _____ heure d'arrivée.....
Transfert nécessaire pour partir depuis : _____ heure de départ.....

Le logement :

Chambre double : CHF / € _____
Supplément chambre simple : CHF / € _____
Supplément pour lessive : CHF / € _____
Supplément pour repas en plus. (Fin ou début de séjour) CHF / € _____
Transferts pour venir et retour ou (un transfert) CHF / € _____
TOTAL CHF / € _____

Votre adresse e-mail :

Le vacancier ou le représentant légal certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets.

Lieu..... Date :.....

Signature :.....

Questions ou remarques :

Ce formulaire est à renvoyer dûment complété et signé à l'adresse suivante :

Godat-Dambreville M-M
Le Creusot
Pré Prévot
F- 25510 Pierrefontaine-les-Varans

Ou
godat-dambreville@orange.fr