



# 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 séjour .....Portable : .....

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 handicap : .....

**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  motionnelles : ( ) ( )  
 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 : ( ) ( )  
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 exacte 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