

CIVILITE DU VACANCIER	
NOM	
Prénom	
Adresse de résidence	
N° téléphone portable	
Nom du séjour choisi	
Dates du séjour	Du _____ Au _____

### I Données administratives

<u>Date de naissance :</u> <u>Lieu de naissance :</u>  <u>Sexe :</u> M ou F (barrer la mention inutile)  <u>Adresse du lieu de résidence Habituelle :</u>	<u>Numéro de sécurité sociale</u> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			
	<u>Caisse d'affiliation :</u> .....																			

### II Médecin traitant

#### 1/ Coordonnées du médecin traitant

<u>Nom :</u> <u>Prénom :</u> <u>Téléphone :</u> <u>Adresse :</u>	<u>Le médecin traitant est-il joignable durant le séjour</u>  Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  <i><b>Si non, indiquer le nom, prénom adresse et téléphone du médecin joignable :</b></i>

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

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

### III Déficience/Handicap

	Moteur	Sensoriel	Mental	Cognitif	Psychique	Polyhandicap
OUI						
NON						

Pathologies (ex : autisme, trisomie, psychose etc..) : .....

Pathologie(s) associées : .....

### IV Motricité/ Moyens de compensation

	Non	Occasionnellement	En permanence	Usage sur le séjour	
				Oui	Non
Se déplace en fauteuil					
Utilise une canne d'aide à la marche					
Utilise une canne blanche					
Port de lunettes correctrices					
Port de lunette de protection					
Port de lentilles					
Port d'une prothèse dentaire amovible					
Port d'une prothèse auditive					
Port de chaussures orthopédiques					
Port de bas de contention					

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## V Prescription médicale

Si le traitement évolue entre l'envoi du dossier et le début du séjour, vous êtes tenus de faire parvenir la nouvelle **ordonnance réactualisée avant le début du séjour via le site Internet**. Merci de votre compréhension

Nom du médicament	Matin (indiquer la posologie)	Midi (indiquer la posologie)	Soir (indiquer la posologie)	Coucher (indiquer la posologie)
1-				
2-				
3-				
4				
5-				

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Injection pendant le séjour : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date : .....</li> <li>• Type d'injection : ..... Fréquence : .....</li> <li>• Autres : .....</li> </ul>
--

SUPERNOVA enverra automatiquement un pilulier sécurisé, une pochette zippée nominative et un passeport de voyage nominatif, pour la gestion et conservation du traitement du vacancier durant son séjour.

**En cas de non utilisation de notre pilulier sécurisé, veuillez signer la décharge de responsabilité ci-dessous :**

Je, soussigné(e) .....atteste que SUPERNOVA propose un pilulier sécurisé dont je refuse l'usage. Je m'engage à fournir par mes propres moyens le traitement du vacancier pour l'ensemble du séjour. Je ne peux en aucun cas, tenir SUPERNOVA pour responsable en cas d'erreur de gestion du pilulier fourni par mes propres moyens.

A ....., Le..... Signature :

## VI Prise de traitement

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

\* Gestion des traitements en autonomie : Sauf si la chambre dispose d'une armoire fermant à clé et qu'une décharge écrite a été jointe au dossier, tous les piluliers sécurisés sont stockés sous clé pour respecter la réglementation à laquelle est soumise notre activité. Cependant, l'équipe pourra, contre autorisation dans le dossier, confier son pilulier au vacancier pour qu'il puisse prendre son traitement de manière autonome à chaque moment de prise.

**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 ?			

\* Certaines activités proposées dans les séjours nécessite de fournir un test anti panique dans l'eau. Référez-vous à la page du séjour.

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

.....

.....

.....

.....

.....

## VIII A l'attention des vacancières

	Oui	Non	Précisions
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 Addictions

	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 pendant le séjour ? (Uniquement en extérieur)				
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 :

Si vous souhaitez nous transmettre des documents supplémentaires (ex : protocoles, fiche de suivi individuel, etc.), merci de les télécharger avec le dossier vacancier, en un seul et même document, sur notre site [www.sejours-adaptes.com](http://www.sejours-adaptes.com), dans votre interface dédiée.