

Les séjours adaptés du catalogue Supernova s'adressent à des adultes en situation de handicap mental et/ou psychique.

Les voyages proposés dans notre catalogue ne répondent malheureusement pas aux besoins particuliers :

- Des adultes pour qui l'intervention d'un personnel médical et/ou paramédical spécialisé est nécessaire plus d'une fois par semaine ;
- Des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour la collectivité. Cela garantit le bien-être des vacanciers et la qualité de nos séjours.

J'ai compris (cochez la case obligatoirement)

CIVILITE DU VACANCIER	
NOM	
Prénom	
Adresse de résidence	
N° de tél portable de l'inscrivant	
Nom du séjour choisi	
Dates du séjour	Du Au

I Données administratives

<p><u>Date de naissance :</u></p> <p><u>Lieu de naissance :</u></p> <p><u>Sexe :</u> M ou F (barrer la mention inutile)</p> <p><u>Adresse du lieu de résidence Habituelle :</u></p>	<p><u>Numéro de sécurité sociale</u></p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> <p><u>Caisse d'affiliation :</u></p> <p>.....</p> <p>Rappel : Nous fournir une copie de l'attestation de droit assurance maladie faisant apparaître le 100% (obligatoire)</p>																			

II Médecin traitant

1/ Coordonnées du médecin traitant

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

Préciser les coordonnées du représentant légal en cas d'URGENCE MEDICALE (obligatoire) :

CIVILITE DU REPRESENTANT LEGAL	
NOM, Prénom et statut du référent	
Nom de la structure (le cas échéant)	
Adresse	
Adresse mail et tel. portable	

V Prescription médicale

Si le traitement évolue entre l'envoi du dossier et le début du séjour, vous êtes tenus de faire parvenir l'actualisation de la partie médicale du dossier du vacancier. 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-				

Sur le séjour, les traitements médicaux sont donnés par l'équipe d'animation formée préalablement à cette opération.

Autres soins prescrits : Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires

<ul style="list-style-type: none"> • Injection pendant le séjour : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Type d'injection : Fréquence : • Autres : • Traitement « si besoins » (ex : Doliprane, spafon...) : 	Date :
<p>Tous les traitements, y compris les « si besoins » tel que doliprane ou spafon, nécessitent une prescription médicale originale (ordonnance) à mettre dans la valise du vacancier.</p>	

Nos séjours ne répondent pas aux besoins particuliers des vacanciers pour qui l'intervention d'un personnel médical spécialisé est nécessaire plus d'une fois par semaine La visite ponctuelle d'un infirmier (organisé par l'inscrivant) pourra être envisagée.

SUPERNOVA enverra automatiquement des piluliers sécurisés (pour le jour du départ et pour le reste du séjour), une pochette zippée nominative et un passeport de voyage nominatif, pour la gestion et conservation du traitement du vacancier durant son séjour (ce matériel sera à utiliser en priorité pour assurer la sécurité du vacancier et le bon fonctionnement de notre organisation).

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>
Le vacancier prend-t-il seul son traitement ?			
Le vacancier garde-il son pilulier avec lui ?	*		

* 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 Groupe sanguin/Vaccination/ Allergies/ Maladies

Groupe sanguin : / Remplir les tableaux avec des croix

VACCINATION	Oui	Non	Date du dernier rappel
HEPATITE A			
HEPATITE B			
DIPHTERIE, TETANOS, POLYOMYELITE			
COQUELUCHE			
ROUGEOLE , OREILLONS, RUBEOLE			
Hæmophilus influenzae de type B			
PNEUMOCOQUE			
MENINGOCOQUE DE TYPE C			
GRIPPE			
COVID-19			
AUTRES VACCINATIONS			Préciser lesquels ?.....

ALLERGIES/MALADIES	Oui	Non	Précisions obligatoires
Asthme			Date de la dernière crise: Ventoline : Autres :
Allergies connues			Lesquels (soyez exhaustifs) : Traitement éventuel :
Diabète			Insulinodépendant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Indépendant dans la gestion du traitement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Besoin d'un soin infirmier Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui combien par semaine ?.....
Apnée du sommeil			Port d'un appareil respiratoire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisions :
Épilepsie			Date de la dernière crise :..... Matériel spécifique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Lequel ? (ex. : casque)..... Traitement d'urgence par injection Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En général, combien de crise par semaine ?
Contre-indication médicamenteuses			Lesquels ?.....

Contre-indications sportives	Peut	Ne peut pas	Précisions
Baignade ?			
Autres activités nautiques ?			
Sport de plein air (accrobranche, Via-Ferrata ...) ?			
Altitude ?			
Activité sportive soutenue ?			
Exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée ?			

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

