



DOSSIER D'INSCRIPTION

Ce dossier d'inscription est à remplir avec le plus de précision possible ; il permet de connaître les particularités du participant pour les adaptations techniques et pédagogiques nécessaires. Cela nous permet de garantir un accueil et un séjour des plus adaptés à chacun au sein du groupe.

Enfin, il est également nécessaire de compléter ces informations en remplissant la fiche sanitaire de liaison concernant la situation médicale du résident . En vous remerciant. L'équipe du Cheval Bleu

PRESENTATION

Nom :Prénom :

Age : Date de naissance Sexe : F M

Poids : Taille : Pointure :

Nom et adresse du responsable légal :

.....Tel :

Nom et qualité de la personne déclenchant la demande :

.....

Tel: Adresse mail :

Personne à contacter durant le séjour :(impératif un N° joignable 24h/24,7jours/7)Tel :

Où vit le résident ? En ♦ institution En ♦ logement autonome En ♦ famille d'accueil Chez ses ♦ parents

Coordonnées : Nom.....Adresse :

.....Tel :

Qui amène le résident sur le séjour ?.....

Qui vient le chercher ?.....

Tél :

HABITUDES DE VIE (n'hésitez pas à compléter sur papier libre si besoin)

Avez-vous des remarques à faire sur son comportement alimentaire ?

Avez-vous des remarques à propos du coucher ?.....

Le résident rencontre-t-il des difficultés particulières dans son quotidien ?.....

PROPRETE-HYGIENE-TOILETTE. <i>Cochez la case correspondante.</i>	Oui, de façon autonome	Partiellement seul(e) (besoin d'un accompagnant ciblé + surveillance)	Non (besoin d'un accompagnement total)
Fait sa toilette ?			
S'habille ?			
Change ses vêtements/sous vêtements ?			
Reconnaît ses vêtements, ses affaires ?			
Se chausse ?			
Va au WC ?			

- Est énurétique le jour ? o Oui oNon - Est énurétique la nuit : o Oui oNon

- Est encoprétique le jour ? o Oui oNon - Est encoprétique la nuit : o Oui oNon

- A peur de la douche ? o Oui oNon

Concernant les jeunes filles : est-elle réglée ? o Oui oNon

- Si oui, utilise-t-elle : o Des tampons ? o Des serviettes ? o Seule ? o Avec aide ?

REPAS - ALIMENTATION.	Oui, de façon Autonome	Partiellement seul(e) (besoin d'un accompagnant ciblée + surveillance)	Non (besoin d'un accompagnement total)
Mange ?			
Boit ?			
Gère seul les quantités ?			

Faut-il lui mixer ses aliments ? o Oui oNon

Suit-il un régime ? (Si oui, joindre ordonnance précisant la teneur du régime) o Oui oNon

Allergie alimentaire ? (Si oui, joindre ordonnance précisant l'allergie et les aménagements à suivre) o Oui oNon

NUIT-SOMMEIL-LEVER-COUCHER			COMMUNICATION		
	Oui	Non		Oui	Non
- Se couche tôt ? (préciser l'heure)			Communique par langage		
- A peur de l'obscurité ?			Communique par gestes		
- A des difficultés d'endormissement ?			Communique par cris		
- A des angoisses nocturnes, des insomnies ?			Téléphone		
- Se lève la nuit ?			Ecrit		
- Se lève tôt ? (préciser l'heure)			Lit		
- Fait la sieste ?					

COMPORTEMENT HABITUEL

- Quels sont ces centres d'intérêts, ses loisirs ?.....
- Qu'est ce qu'il aime faire ?.....
- Qu'est ce qu'il n'aime pas faire ?.....
- Quel comportement peut-il avoir ? A quelles occasions :.....
- Quelles attitudes le rassurent habituellement dans ce cas là ?.....

<i>1- Oui de façon autonome</i>	<i>2- Parfois et partiellement seul(e) (besoin d'un accompagnant ciblé)</i>	<i>3- Non (besoin d'un accompagnement total)</i>
---------------------------------	---	--

SORTIES ET DEPLACEMENTS				ACTIVITES-LOISIRS			
	1	2	3		1	2	3
Marche sur terrain accidenté				Choisit une activité parmi plusieurs			
Monte un escalier				Partage activités à plusieurs			
S'adapte à des lieux nouveaux				Reste sur une activité toute la durée de l'activité			
Se repère dans l'espace				Comprend les règles d'un jeu			
Sait rentrer à l'heure fixée				Peut soutenir son attention de façon prolongée			
Lit l'heure				Nage			
Gère son argent de poche				Pratique régulièrement un sport			
Sait faire un achat simple				Si oui, préciser lequel :			
Sait demander son chemin				Peut marcher : o moins d'1 heure o 1 heure			
				o plus d'1 heure			

INTEGRATION			RELATIONS		
	Oui	Non		Oui	Non
A des frères et sœurs			Est-il angoissé :		
Est en institution spécialisée (préciser)			Dans la relation aux adultes ?		
Est-il déjà parti en séjours de vacances ?			Dans la relation aux animaux ?		
Est en scolarité adaptée			Aux animaux ?		
Fait-il des activités durant l'année			Sait-il gérer : la frustration ?		
Fume-t-il ?			l'autorité ?		
A-t-il des phobies ?			le cadre, les interdits ?		
Si oui, lesquelles ?					

GESTION DES ANGOISSES (À chaque fois, préciser lesquelles)

- | | | | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| A un objet fétiche | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | A des rituels | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| A des goûts particuliers | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | A tendance à fuguer | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| A tendance à s'isoler | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | | | |
| Peut avoir des comportements agressifs, violents | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | | | |
- Précisez :

OBSERVATIONS (Si besoin, compléter sur papier libre)

Indiquer ci-dessous tous les renseignements que vous souhaitez faire connaître concernant la personne, donner le maximum de détails (ex : santé, handicaps, caractère,...) qui pourraient faciliter l'intégration de l'enfant.

.....

.....

.....

.....

Autorisations

Je soussigné,

Nom

Prénom

- Tuteur légal de la personne ci-dessus désignée**
- Autorise** (prénom et nom) à participer aux séjours organisés par le Cheval Bleu à Lichos (64).
- Autorise les responsables du Cheval Bleu** à faire pratiquer en cas d'urgence, toute intervention thérapeutique ou chirurgicale nécessaire, y compris l'anesthésie qui serait décidée par un médecin.
- Je m'engage à rembourser les frais** médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques éventuels.
- J'autorise**(prénom et nom) à participer aux activités organisées, à voyager en voiture individuelle (si besoin) et par moyen de transport collectif, à se baigner.
- J'autorise** le Cheval Bleu à reproduire librement et gratuitement les photographies de (nom et prénom) dans ses différentes publications (Plaquette d'informations, rapport d'activités, article presse, carnet de bord, site,..) dans le cadre exclusif des activités et représentations du service.
- J'ai lu et accepte** les conditions générales du séjour.

Fait à..... le.....

Je soussigné(e),..... , responsable légal de(prénom et nom), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir bien pris connaissance des tarifs et des conditions générales du séjour.

Signature des représentants légaux (signature par Internet impossible) :

Joindre obligatoirement à ce document :

- La fiche sanitaire de liaison remplie intégralement.
- L'Autorisation de soins d'urgence
- Copie de l'attestation d'assuré social ou carte vitale.
- Copie de la carte de mutuelle.
- 1 photo d'identité.
- Attestation de responsabilité civile.
- Certificat médical pour la pratique d'activités physiques et sportives et attestation de capacité à la pratique d'activités aquatiques
- L'acompte de réservation du séjour. *Cf. chapitre 3 - Condition Générales - Réservation : « la réservation sera ferme dès réception du dossier d'inscription et de l'acompte (30% du séjour) demandé».*
- Les justificatifs des aides financières éventuelles (comité d'entreprise, chèque vacances, ...).
- Si l'enfant prend des médicaments, joindre l'ordonnance et le(s) semainier(s) préparés correspondant(s).