

# Inscriptions

## ETAPE 1 ( référent éducatif)

Contactez-nous par téléphone ou par mail pour vous pré-inscrire sur un séjour avec **db vacances**.

Téléphone : **06 42 75 32 00** - Email : [contact@dbvacances.com](mailto:contact@dbvacances.com)

Nous vous demandons de bien vouloir nous communiquer le nom, prénom et mail précis du tuteur légal de l'utilisateur pour l'envoi de la facture du séjour, ainsi que celui du référent éducatif pour le suivi logistique de l'élaboration du séjour : documents annexes ci-dessous, convocation de convoyage, bilan.

## ETAPE 2 ( référent éducatif)

Envoyez-nous la fiche d'inscription complétée, fournie avec le catalogue ou téléchargeable sur notre site internet à :

**db vacances -74 Rue de Proumeyssac - 24260 Le Bugue**

avec les documents suivants : **Photocopies lisibles: ( Documents en cours de validité).**

- la fiche d'inscription complétée fournie avec notre brochure ou téléchargeable sur notre site internet
- 1 photo d'identité couleur agrafée sur la fiche d'inscription
- Carte d'identité et/ou passeport
- Carte vitale/CMU + Attestation carte vitale
- Carte mutuelle
- Ordonnances. ( Seules les ordonnances pourront nous être envoyées un mois avant le départ ).
- Pass vaccinal à jour afin de pouvoir accéder aux divers sites à visiter durant le séjour.

**Un dossier d'inscription incomplet sera renvoyé dans son intégralité.**

**Nous n'assurerons plus la maintenance de dossiers incomplets.**

## ETAPE 3 ( référent financier)

A la suite de votre réservation, nous envoyons la facture personnalisée de votre séjour au tuteur légal à l'adresse communiquée lors de l'étape 1.

Celui-ci, nous enverra le règlement de l'acompte pour confirmer la pré-inscription.

Une seconde facture sera établie à la suite du règlement de l'acompte.

**Le séjour de fin d'année doit être soldé au plus tard le 1er décembre 2023.**

**Le séjour de printemps doit être soldé au plus tard le 15 mars 2023.**

**Le séjour d'été doit être soldé au plus tard le 1er juin 2023.**

Une facture acquittée sera envoyée à la suite du règlement du solde.

Règlement par chèque à l'ordre de db vacances ou par virement bancaire.

Chèque d'acompte d'un montant de :

- 255 euros pour les séjours d'une semaine
- 450 euros pour les séjours de deux semaines
- 150 euros pour les séjours du printemps
- 300 euros pour le séjour de fin d'année

Le représentant légal enverra également :

- Autorisation d'hospitalisation
- Autorisation de droit à l'image

### **Quelles sont nos garanties de remboursement ?**

**L'assurance annulation est comprise dans nos tarifs, voir nos conditions particulières d'inscription - rubrique "annulation de réservation"**

Photo  
d'identité

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### Séjour choisi

Choix : .....  
Du ..... au .....

### Etablissement d'origine

Nom : .....  
Adresse : .....  
Code postale : \_ \_ \_ \_ Ville : .....  
Téléphone : .... ..

### Participant

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : \_ \_ \_ \_

### Nom de la personne de référence éducative :

.....  
Adresse : .....  
Email : .....  
Téléphone : .... ..

### Convoiyage

#### A quelle adresse, le vacancier doit-il être pris en charge ?

Adresse : .....  
Code postale : \_ \_ \_ \_ Ville : .....  
Email : .....  
Téléphone : .... ..

#### Les informations concernant le voyage et le compte-rendu du séjour seront adressés par mail au référent éducatif :

Adresse Email : .....

### Personne à contacter durant le séjour :

Nom : .....  
Téléphone : .... ..

### Profil du vacancier :

- Retraité  
 Foyer occupationnel  
 Travailleurs ESAT

Type de handicap : .....

### Urgence - Astreinte

Durant les week-ends - soirées - jours fériés :

Nom : .....

Téléphone : .... ..

### Adresse de facturation

Envoi d'un RIB : Oui  Non

### Nom de la personne de référence financière :

Nom : .....  
Adresse : .....  
Code postale : \_ \_ \_ \_ Ville : .....  
Téléphone : .... ..  
Adresse Email : .....

### Récapitulatif

Type d'autonomie :  Moyenne  Bonne  Très bonne

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ● Aide à la toilette                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ● Aide au change                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ● Se fatigue vite                        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ● Peut monter un escalier                | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ● Peut se mettre en danger               | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ● Peut sortir seul                       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ● Aide à la gestion de l'argent de poche | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ● Sait nager                             | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ● Troubles du comportement               | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ● Troubles du caractère                  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ● Difficultés relationnelles             | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Observations : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Santé

- non voyant  Oui  Non
- mal voyant  Oui  Non
- porte des lunettes  Oui  Non
- porte des lentilles  Oui  Non
- sourd  Oui  Non
- muet  Oui  Non
- mal entendant  Oui  Non
- porte une prothèse auditive  Oui  Non
- porte une prothèse dentaire amovible  Oui  Non
- autres (chaussures orthopédiques, corset, semelles ...)

- .....
- a-t-il un traitement médical ?  Oui  Non
  - prend son traitement seul  Oui  Non
  - **injection**  Oui  Non
- Si oui, date : .....
- asthmatique  Oui  Non
  - épilepsie stabilisée  Oui  Non
  - fume (quantité : .....)

## Alimentation

- |                                   | seul                         | aide ponctuelle          | pas seul                     |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| ● mange                           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| ● boit                            | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| ● particularité(s) alimentaire(s) | Oui <input type="checkbox"/> |                          | Non <input type="checkbox"/> |
- Si oui, la (les) quelle(s)? (régime, aliments mixés...)

- .....
- autres remarques sur son alimentation, son rapport à la nourriture : .....
  - diabétique  Oui  Non
- Si oui, de quel type : .....
- Protocole de prise en charge : .....

## Sommeil - Lever - Coucher

- heure habituelle du coucher : ..... H .....
- a des difficultés pour s'endormir  Oui  Non
- a des insomnies  Oui  Non
- se lève la nuit  Oui  Non
- a un lever difficile  Oui  Non

## Hygiène

- |                               | seul                         | aide ponctuelle              | pas seul                 |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| ● <b>fait sa toilette</b>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| ● s'habille                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| ● <b>change ses vêtements</b> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| ● se rase, s'épile            | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| ● est énurétique le jour      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                          |
| ● est énurétique la nuit      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                          |
| ● est encoprétique le jour    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                          |
| ● est encoprétique la nuit    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                          |
| ● porte des protections       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                          |

## Vie intime

### Pour les femmes

- la personne est réglée  Oui  Non
  - **utilise un contraceptif**  Oui  Non
- Lequel ? .....

### Pour tous

- la personne vit en couple  Oui  Non
  - le conjoint est-il inscrit sur le séjour ?  Oui  Non
- Si oui, dorment-ils ensemble ?  Oui  Non

## Communication

- |                  |                               |                                    |                              |
|------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| ● téléphone      | seul <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ● écrit          | seul <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ● lit            | seul <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ● autres : ..... |                               |                                    |                              |

## Sorties

- **peut sortir seul**  Oui  Non
- sort en petit groupe  Oui  Non
- sait demander son chemin  Oui  Non
- lit l'heure  Oui  Non
- peut rentrer à une heure fixe  Oui  Non
- a besoin de temps pour s'adapter  Oui  Non
- se repère dans de nouveaux lieux  Oui  Non

## Motricité / Déplacement

- **monte un escalier seul**  Oui  Non
- utilise une canne  Oui  Non
- **peut marcher** - d'1heure  + d'1 heure
- malade en transport  Oui  Non

Remarques complémentaires : .....

.....

.....

## Activités - Loisirs

- **nage**  Oui  Non
- **baignade autorisée**  Oui  Non
- **se fatigue vite**  Oui  Non
- peut soutenir une attention prolongée  Oui  Non
- autres centres d'intérêt

## Relations

- difficultés relationnelles  Oui  Non
- comment ( blocage, insultes, violence... ) ?

avec qui ?

.....

.....

.....

## Comportement

- **troubles du comportement**  Oui  Non
  - **troubles du caractère**  Oui  Non
  - a des rituels  Oui  Non
- Lesquels : .....
- .....
- a tendance à fuguer  Oui  Non
  - a tendance à errer  Oui  Non

### La personne est sujette :

- aux délires  Oui  Non
- aux hallucinations  Oui  Non
- à la phobie (eau, chien, feu, foule ...)

Lesquelles ? .....

- **peut se mettre en danger**  Oui  Non

Comment ? .....

.....

.....

## Argent personnel

- gère son argent  Oui  Non

Le montant prévu pour les vacances est approximativement de : .....

.....

.....