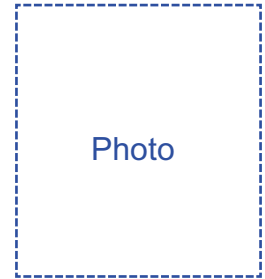




34, rue Jean Jaurès
 BP 10277
 70005 Vesoul Cedex
Tél : 03.84.76. 93.35
 Fax : 0.800.004.065 (appel gratuit)
 Email : akhor@gotours.fr
 Site : www.akhorvoyages.com

Ne rien inscrire dans ce cadre

Saisie			Numéro
Vérification			



Dossier d'inscription

à retourner en double exemplaire

Choix du séjour : Du Au

Ville de départ..... Ville de retour.....
 (VOIR PAGE 4)

L'ADULTE :

Nom : Prénom : Portable :

Date de naissance : Taille..... Pointure.....

ETABLISSEMENT D'ORIGINE :

Nom et qualité du responsable :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel : Fax :

Email :

COORDONNEES POUR L'ENVOI DE LA FACTURE :

Nom : Prénom : Qualité :

Etablissement :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Vous désirez prendre l'assurance annulation-bagages (5 % du coût du séjour)* OUI NON

PERSONNE DE PERMANENCE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE LORS DU SEJOUR ET DU TRANSPORT (obligatoire)

Nom : Prénom :

Tel : Portable :

Coordonnées du médecin traitant :

Je soussigné(e) : agissant en qualité de.....
 déclare avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans la brochure Akhor Voyages et qu'il n'y a pas d'interdiction médicale à suivre les activités prévues dans le descriptif du séjour.

Certifié exact, lu et approuvé le À

Signature :

* Cochez la case correspondante



* Cochez la case correspondante

Autonomie : Grand Autonome Autonome Moyen Autonome

Type de Handicap :

Lieu de travail : ESAT Entreprise Sans profession
 Lieu d'habitation : Foyer Famille Hôpital
 Retraite et IMPRO Appartement avec suivi Foyer occupationnel
 Famille d'accueil

Aptitudes physiques

Fauteuil roulant OUI NON
 Difficultés motrices OUI NON
 Appareillage OUI NON
 Lequel.....
 Fatigue vite OUI NON
 Marche plus d'un km OUI NON
 Monte un escalier OUI NON
 sans problème OUI NON
 S'occupe de son linge OUI NON
 Fait son lit seul OUI NON
 Mange seul OUI NON
 Sait nager OUI NON
 Baignade autorisée OUI NON

Autonomies

Problème de langage OUI NON
 Problème auditif OUI NON
 Porte des lunettes OUI NON
 Non voyant OUI NON
 Sortie seule autorisée OUI NON
 Fugueur OUI NON
 Gère son argent seul OUI NON
 Consigne pour la distribution OUI NON
 par jour.....€ par semaine.....€
 autre.....€
 S'habille seul OUI NON
 Se lave seul OUI NON
 A stimuler pour la toilette OUI NON

Santé

Trouble du comportement OUI NON
 Trouble du caractère OUI NON
 Trisomie 21 OUI NON
 Epilepsie OUI NON
 Epilepsie stabilisée OUI NON
 Asthmatique OUI NON
 Contraceptif OUI NON
 Si oui lequel.....
 Traitement médical OUI NON
 Pris seul OUI NON

Encoprésie OUI NON
 Enurésie OUI NON
 Ethylisme OUI NON
 Fumeur OUI NON
 Si oui, nombre par jour.....
 Diabétique OUI NON
 Régime alimentaire OUI NON
 Si oui, précisez en annexe le type de régime

 Allergie OUI NON
 Si oui, précisez en annexe le type de régime

ATTENTION VOUS DEVEZ FOURNIR L'ORDONNANCE DU MEDECIN

Traitement nécessitant une intervention médicale extérieure OUI NON
 Si oui lequel
 Injection OUI NON Date

Vous devez joindre les prescriptions nécessaires

 Sera en couple dans la même chambre OUI NON
 Avec

Note de synthèse concernant le comportement de l'adulte en groupe, avec l'encadrement, ses habitudes...
 permettant à nos équipes de mieux cerner le vacancier (vous pouvez joindre une annexe plus précise si vous le désirez)

Nom du responsable

