

Mise à jour

# Dossier de réservation

# 2020

- BULLETIN DE RESERVATION
- DOSSIER ADMINISTRATIF
- RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS
- DOSSIER SOCIO-EDUCATIF
- DOSSIER MEDICO-SOCIAL
- ETAT DE SANTE
- PETIT RAPPEL POUR LE BON DEROULEMENT DU SEJOUR

BULLETIN DE RÉSERVATION

PHOTO

Dates du séjour : .....

Les séjours se déroulent, en principe, du lundi au lundi, sur une durée d'une ou plusieurs semaines.

Arrivée :  lundi ou ..... Date : .....

Départ :  lundi ou ..... Date : .....

**Participant :** Homme  Femme

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Code postal :  
Ville :  
Téléphone :  
Mail :  
Handicap :

**Etablissement fréquenté :**

Personne référente à contacter :  
Mail :  
Téléphone :

**Transport et lieu de prise en charge :**

❖ **Personnel sur le centre VAO à Aulas :**

Horaire d'arrivée :  
Horaire de départ :

❖ **Gare de Nîmes Centre :**

Horaire d'arrivée : N° de train :  
Horaire de départ : N° de train :

❖ **Bus :**

Horaire d'arrivée :  
Lieu d'arrivée :  
Horaire de départ :  
Lieu de départ :

La personne accueillie peut arriver au centre par ses propres moyens.

Les arrivées sur centre se font le lundi à partir de 13h30 et les départs le lundi avant 12h.

Pour les personnes ne pouvant accéder personnellement au centre, un accueil est organisé à la gare de Nîmes à partir de 12 h le lundi (nous pouvons attendre au environ de 13h30).

Le départ peut également se faire dans les mêmes conditions.

**Informations pour la facturation :**

**Séjour pris en charge par :**

Le centre :   
Nom :  
Organisme :  
CP :  
Téléphone :

Le participant ou tuteur :   
Prénom :  
Adresse :  
Ville :  
Mail :

Pour les centres, le tarif /nuit et /personne est de 143€.  
Pour les particuliers : 96,50€/nuit/pers hors vacances scolaires ou 117€/nuit/pers. durant les vacances scolaires toutes zones confondues.  
Ces tarifs prennent en compte les activités proposées pendant le séjour.

La Maison du handicap de votre département peut prendre en charge une partie des frais de votre séjour dans le cadre de la prestation de compensation du handicap.

Centre VAO  
Mas de Lascours 30120 AULAS  
Tél. 04 67 81 02 27 \_ Fax : 04 67 81 27 69  
E-mail : [contact.vao@mas-cavaillac.com](mailto:contact.vao@mas-cavaillac.com)  
Site internet : [www.vao-mas-cavaillac.com](http://www.vao-mas-cavaillac.com)

Nous vous confirmerons dans les meilleurs délais cette demande de réservation en fonction de la disponibilité de nos séjours.

**Mode de règlement accepté :**

Chèque  
Virement  
Chèques vacances ANCV



DOSSIER ADMINISTRATIF

**DATES DU SEJOUR :** .....

**ÉTAT CIVIL DE L'USAGER :**

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Lieu : .....

Nationalité : .....

Situation de famille : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Code Postal : \_\_\_\_ Ville : .....

**COORDONNEES ET ADRESSE DE LA FAMILLE :**

Lien de parenté : .....

Nom : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : \_\_\_\_ Ville : .....

Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Mail : .....

Relation avec la famille : .....

**EN CAS D'URGENCE PERSONNE A PREVENIR :** .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**SERVICE OU PERSONNE PRESENTANT LA DEMANDE :**

Nom : .....Prénom : .....

Etablissement : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : \_\_\_\_ Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Email : .....

Médecin : .....

Assistante sociale : .....

Référent soignant : .....



DOSSIER SOCIO-ÉDUCATIF

Nom : ..... Prénom : .....

Autonomie :

Sollicitation pour le lever oui  non

Besoin d'aide pour la Toilette : oui  non  A préciser.....

Besoin d'aide pour la Vêture : oui  non  A préciser.....

Difficultés lors de la prise de traitement : oui  non  A préciser.....

Chambre de préférence : RDC proche du personnel  à l'étage (avec escalier)  indifférent

Commentaires : .....

Vie quotidienne :

Entretien du lieu de vie, de son linge : ..... Participation aux taches collectives (mettre la table...) : .....

Autonomie dans les déplacements : .....

Commentaires : .....

Les soirées et nuits :

Angoisses en soirée		Problèmes d'endormissement	
Terreurs nocturnes		Insomnie	
Enurésie/encoprésie		Utilisation de protection	

Commentaires.....

Régimes et habitudes alimentaires :

Mouliné gros		Sans poisson	
Mouliné fin		Sans fruits de mer	
Sans Sel		Sans fibre	
Diabétique sans sucre		Sans crudité	
Diabétique avec féculent à chaque repas		Sans œuf	
Sans gluten		Sans laitage	
Sans porc			

Remarques sur les habitudes alimentaires : .....

Gestion de l'argent :

Demande une aide dans la gestion de l'argent : oui  non

Demande un accompagnement pour les achats : oui  non

Protocole mis en place.....

Commentaires : .....

Gestion des cigarettes :

Gère seul : oui  non

Protocole mis en place.....

Commentaires : .....

Communication vie de groupe :

Habiletés personnelles et sociales (relation avec ses pairs) : .....

Risque de fugue : .....

Aptitude à demander de l'aide lors de difficultés : .....

Loisirs et sports : centre d'intérêt

Pratiqués : .....

Souhaités : .....

Autre point non abordé qui vous semble nécessaire de nous communiquer :



VACANCES ADAPTEES  
CENTRE V.A.O

DOSSIER MEDICO-SOCIAL

PARTICIPANT :

Civilité : Mme  M.  Nom : ..... Prénom : .....

Anamnèse : .....

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

• Prise en charge actuelle : .....

• Projet de vie de la personne : .....

• Demande du sujet (attente spécifique concernant le Centre) : .....

• Demande de l'Équipe dans le cadre de l'accueil temporaire : .....

Renseigné le -- / -- / ----

ÉTAT DE SANTÉ

Nom : ..... Prénom : .....

- Traitements médicamenteux : **Obligatoire** : joindre l'ordonnance à jour  
.....  
.....
- IMPERATIF : **Pilulier prêt pour le séjour en comprimés (pas de gouttes)**
- Antécédents somatiques majeurs et bilan actuel : .....  
.....  
.....
- Vaccinations : .....  
.....  
.....
- Pour les femmes (contraception en cours) : .....  
.....
- Allergie : .....  
.....
- Particularités
  - Vision.....
  - Audition.....
  - Appareils dentaires.....
- Observations complémentaires : si éléments spécifiques un courrier médical peut être adressé à l'équipe médicale

Renseigné le : -- / -- /

PETIT RAPPEL  
POUR LE BON DEROULEMENT DU SEJOUR

1. Arriver avec son traitement (**PILULIER**) pour toute la durée du séjour (pas de gouttes)
2. Ne pas oublier sa carte vitale
3. Votre ordonnance **OBLIGATOIRE** (à joindre à votre dossier d'inscription)
4. Photocopie de sa pièce d'identité (à joindre à votre dossier d'inscription)
5. Copie de votre carte mutuelle en cours de validité (à joindre à votre dossier d'inscription)
6. Copie de l'attestation de droits CPAM en cours de validité (à joindre à votre dossier d'inscription)
7. **Arriver avec son argent de poche**
8. Les arrivées et les départs en gare de Nîmes se font entre 12h00 et 13h30 dans la limite du possible le lundi
9. Les départs du centre se font avant 12h, les arrivées du centre se font à partir de 13h30.
10. Prévoir trousseau minimum pour la durée de séjour (trousse de toilette, serviette...).