**Formulaire d'inscription 2024**

**Nous nous réjouissons de votre inscription pour un de nos séjours avec un-e assistant-e personnel-le de Procap Voyages & Sport.**

Sur la base de ce questionnaire, nous organiserons volontiers une assistance personnelle pour vos vacances et élaborerons une proposition de voyage sans engagement de votre part (offre).Nous nous baserons sur les indications ci-dessous**. Procap Voyages & Sport ne prendra aucune responsabilité si les indications fournies dans ce document sont inexactes ou incomplètes.** Tout changement d’état de santé devra impérativement nous être communiqué avant le début du séjour. **De plus nous demandons pour toutes nos offres que l’état de santé du participant soit stable.** En cas d’indications fausses ou erronées cela pourrait également conduire à une interruption du séjour : les frais supplémentaires en découlant devront être pris en charge par la personne concernée.

**Les conditions générales de contrat et de voyages de Procap Voyages & Sport font partie intégrante du contrat et peuvent être téléchargées sous** [**www.procap-voyages.ch**](http://www.procap-voyages.ch)ou être demandées au

032 322 84 82. Les informations importantes sont décrites en page 6 du catalogue 2024.

**Destination** [ ]  **arrivée par ses propres moyens** [ ]  **train** [ ]  **vols de**

**Date du voyage du**       **au**        **budget par personne**

**CoordonÉES & ADRESSE dU/dES PARTICIPANTS (DOMICILE FIXE)**

Titre: [ ]  Madame [ ]  Monsieur [ ]  Neutre

Noms:  Prénoms:

**Pour les voyages en avion, l’orthographe des noms doit être identique à celui indiqué sur votre carte d’identité et passeport!**

Adresse complémentaire:  Nationalité:

Rue:  NPA/Localité:

Canton:  Date de naissance:

Téléphone privé:  Téléphone professionnel:

Portable:  E-Mail:

Nom et téléphone de la personne de référence:

Adresse de facturation:

Les documents de voyage seront envoyés à:

**COORDONNÉES DES PRINCIPALES PERSONNES DE CONTACT**

**Nom, adresse et téléphone de proches ou personnes de contact joignable à tout moment pendant le séjour – obligatoire et important en cas d’urgence (no de tél. fixe et de tél. portable)**

Nom du médecin de famille:       Tél.:

(en cas d’urgence, nous contacterons votre médecin. Dans ce contexte, vous déliez votre médecin du secret médical)

**Numéro d’assuré social AVs / aI**

        .           .           .

**DESCRIPTIF DU HANDICAP**

(Merci de cocher la ou les rubrique(s) qui vous concernent)

[ ]  Handicap mental [ ]  Handicap psychique [ ]  Handicap consécutif à une maladie

[ ]  Difficulté d‘apprentissage [ ]  Trouble du langage [ ]  Limitation de perception

[ ]  Malentendant [ ]  Handicap physique [ ]  Handicap de la vue

[ ]  Sans handicap [ ]  Autre handicap :

Description précise du handicap / maladie:

Remarques:

**MOBILITÉ**

**🡺 Pour les piétons:**

Je peux [ ]  marcher plus d’une heure [ ]  je ne marche pas volontiers

 [ ]  marcher env. 30 minutes dans un rythme soutenu

 [ ]  faire quelques pas

 [ ]  lors d‘excursions, j’ai besoin d’une chaise roulante

**🡺 Pour les personnes en chaise roulante: ![dglxasset[1]]()**

Je peux [ ]  marcher [ ]  m‘asseoir sur un siège normal [ ]  aider lors de mon transfert

 [ ]  me tenir debout [ ]  m‘asseoir dans une auto/un taxi [ ]  monter des escaliers

 [ ]  n’être transporté que dans ma chaise

Je suis dépendant-e d’une chaise roulante [ ]  toujours [ ]  partiellement

 [ ]  secondée par un moteur

Je me déplace seul(e) en chaise roulante [ ]  oui [ ]  non [ ]  partiellement

Chaise manuelle pliable [ ]  oui [ ]  non [ ]  Largeur plié :       cm

Fauteuil électrique [ ]  batterie sèche [ ]  batterie avec gel

 [ ]  batterie avec lithium

Dimensions chaise: Hauteur:  cm Longueur:       cm Largeur:       cm

Poids:       kg Type de chaise/Marque:

**Remarques** par ex. moyens auxiliaires supplémentaires comme chaise roulante supplémentaire, déambulateur, Swisstrac (merci d’indiquer poids et mesures):

**BESOINS D’ASSISTANCE (prestations de soins, d’accompagnement, d’assistance)**

Pour quelles tâches quotidiennes avez-vous besoin d'aide et de combien

**(100% = aide totale nécessaire, 0% = aucune aide nécessaire)**

 **100% 75% 50% 0%** Remarques / aide, sous quelle forme ?

S’habiller et se déshabiller [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Manger [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Se déplacer à l‘intérieur [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Se déplacer à l‘extérieur [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

S’orienter (hébergement) [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Faire sa toilette/laver les dents [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Se doucher [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Se lever/se coucher [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Aller aux WC [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Besoins spécifiques/ aide lors du séjour:

**Merci de joindre votre feuille de soins si vous en avez une.**

Avez-vous besoin de soins pendant la nuit? [ ]  oui [ ]  non [ ]  lesquels?

**De manière générale, aucune assistance ou ronde durant la nuit n’est proposée !**

Avez-vous besoin de matériels spéciaux? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquels (par exemple: couches, gants, cathéter, etc.):

Tous les articles nécessaires comme couches, gants pour soins, sachets à urine, molidress, bouillottes et bouteille à urine doivent être apportés par les participants. À défaut, ils devront être envoyés ou seront achetés/loués sur place à vos frais !

**NÉCESSITÉ D'ASSISTANCE**

Nous organisons votre voyage et recherchons un-e accompagnant-e adéquat-e. Une rencontre préparatoire est organisée à Olten ou Bienne pour que vous puissiez faire connaissance et discuter des divers aspects de l’organisation et de l’assistance.

Les coûts de l’assistance de vacances s’élèvent à un montant forfaitaire de CHF 200 à 300 par jour. Les prestations d’assistance générales sont définies selon le besoin quotidien de la cliente ou du client. Les prestations supplémentaires (telles qu’une prise en charge de nuit par un-e deuxième assistant-e) sont convenues à l’avance et facturées en supplément. Nous prélevons un forfait de base de CHF 300 pour les frais de dossier et la mise à disposition de votre assistant-e personnel-le. Vous assumez par ailleurs l’intégralité de ses frais de voyage (chambre simple de base, frais de déplacement et de restauration).

**MALADIES / PARTICULARITÉS**

[ ]  Epilepsie [ ]  Type „grand mal“ [ ]  Type „petit mal“

- dernière crise:

- fréquence habituelle des crises:

- symptômes avant la crise:

- symptômes pendant la crise:

- comportement adapté:

[ ]  Diabète [ ]  Injection d‘insuline: oui [ ]  Injection d’insuline: non

- Consignes spéciales:

[ ]  Maladie/Défaillance cardiaque laquelle:

[ ]  Asthme type:

[ ]  Allergie laquelle/à quoi:

[ ]  Dépression quels effets:

[ ]  Trouble de la perception lesquels:

[ ]  Trouble de la vue lequel:

 moyen auxiliaire:

[ ]  Trouble de l‘ouïe lequel:

 moyen auxiliaire:

[ ]  Trouble du langage lequel:

 moyen auxiliaire:

[ ]  Spasticité remarques:

[ ]  Incontinence forme:

 Possibilité de protection:

[ ]  autres lesquels:

Dernier vaccin contre le tétanos Date:

**MÉDICAMENTS (les quantités emportées doivent suffire au moins pour toute la durée du séjour !)**

Nous vous rendons attentifs au fait qu’un-e assistant-e personnel-le n'est pas forcement qualifié dans le domaine des soins. Le/la client(e) ou son représentant légal assume la responsabilité que la remise des médicaments peut éventuellement se faire par l'assistant-e personnel-le, et notamment que les médicaments soient préparés dans des doses journalières et inscrits sur un semainier.

N’oubliez pas d’emporter la notice d’emballage. Les informations importantes / particularités en cas d’urgence ou des médicaments de substitution doivent être joints et des médicaments en cas d’urgence doivent être emportés.

Prenez-vous régulièrement des médicaments? [ ]  oui [ ]  non

La prise et le contrôle doivent être gérés par l’assistant [ ]  oui [ ]  non

Merci de remplir le tableau ci-dessous ou d’annexer un plan de médication **même si** vousêtes autonome pour la prise de vos médicaments.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médicaments actuels** | **Utilisation/remarques** |  **matin** |  **midi** |  **soir** | **après 20h**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Mesures de prudence prescrites par votre médecin ou remarques importantes au sujet des médicaments:…………………………………………………………………………………………………

**Modification de l’état de santé du participant avant le début du séjour:**🡺 En cas de changement de médication, de l’état de santé ou des soins en général avant le début du séjour, vous êtes dans l’**obligation** de nous le communiquer dans les délais et par écrit à Procap Voyages & Sport **(cf.alinéa B. 2.7. des conditions générales de contrat et de voyages CGCV).**

**QUESTIONS GÉNÉRALES**

Poids:

Taille:

Pouvez-vous parler de manière compréhensible? [ ]  oui [ ]  non

Mangez-vous végétarien ? [ ]  oui [ ]  non

Avez-vous besoin de repas spéciaux ? Si oui, lequel ? [ ]  oui [ ]  non

Pouvez-vous nager seul? [ ]  oui [ ]  non

Avez-vous besoin de moyens pour flotter? [ ]  oui [ ]  non

(brassards, gilets etc. à prendre avec vous)

Savez/osez-vous plonger? [ ]  oui [ ]  non

Quelles activités n’êtes-vous pas autorisé à faire?

Fumez-vous ? [ ]  oui [ ]  non

Osez-vous boire de l‘alcool? [ ]  oui [ ]  non

Pouvez-vous gérer vous-même votre argent de poche? [ ]  oui [ ]  non

Qu’est-ce qui peut-vous déclencher un mal-être ?

Qu’est-ce qui peut-vous aider à vous sentir bien ?

Particularités, remarques que l'assistant-e personnel-le doit connaître:

**QUESTIONS SUR VOTRE VIE SOCIALE**

Situation de vie [ ]  Institution [ ]  seul [ ]  famille

Sortie possible sans accompagnant: le jour [ ]  oui [ ]  non

 le soir [ ]  oui [ ]  non

Particularités sexuelles que l’assistant doit connaître:

**HÉBERGEMENT**

Je souhaite

[ ]  Hôtel [ ]  Classe touriste (1-2 étoiles) [ ]  Chambre individuelle [ ]  Petit-déjeuner

[ ]  Studio [ ]  Classe moyenne (3-4 étoiles) [ ]  Chambre double [ ]  Demi-pension

[ ]  Appartement [ ]  Hôtel 1er classe (5 étoiles) [ ]  Chambre à plusieurs lits [ ]  Pension complète

[ ]  Bungalow [ ]  Sans repas

Autres remarques (p.ex. régime alimentaire):

[ ]  J'ai besoin d'une chambre PMR adaptée avec salle de bains accessible en chaise roulante:

WC avec barres d’appui [ ]  oui [ ]  non

Douche accessible (sans rebord) [ ]  oui [ ]  non

Cabine de douche dans le bain possible avec       cm de seuil [ ]  oui [ ]  non

Siège de douche pliable installée [ ]  oui [ ]  non

Chaise roulante pour douche ou siège de douche [ ]  oui [ ]  non

Baignoire avec planche et siège de bains [ ]  oui [ ]  non

**CARTES** (à emporter obligatoirement !)

Je possède: [ ]  AG [ ]  carte d’accompagnant (intégrée au Swiss Pass)

 [ ]  ½ tarif [ ]  carte AI

**ASSURANCE**

Une assurance couvrant les frais d’annulation et les frais de rapatriement pour tous les participants au séjour est obligatoire. Veuillez vérifier vos assurances maladie et accidents personnelles avant le début des vacances. Nous recommandons, en cas de vacances à l’étranger, de conclure une assurance bagages pour la chaise roulante.

[ ]  Je confirme, que je possède déjà à titre personnel une assurance pour frais d’annulation et de rapatriement et je renonce donc à l’assurance obligatoire conclue par Procap.

 **Nom de l’assurance**

[ ]  Je n’ai pas d’assurance pour frais d’annulation et de rapatriement à titre personnel et désire donc en conclure une auprès de Procap**.**

**Caisse-maladie (nom et numéro de police):**

**Assurance-accidents (nom et numéro de police):**

(Merci de vous munir de vos cartes d’assurance pendant votre séjour)

**PHOTOS**

Je suis d’accord que Procap utilise les photos sur lesquelles j’apparais:

sur la galerie photos protégée par un mot de passe : [www.photo.procap.ch](http://www.photo.procap.ch)

et/ou lors de présentation/conférence interne et externe par Procap: [ ]  oui [ ]  non

**RÉSERVATION**

**[ ]  Le/la participant-e ou son/sa représentant-e légal-e confirme avoir répondu de manière exacte et complète, et remplit les conditions auxquelles est soumise la/les présente(s) offre(s) de vacances. Tout changement de situation ou du besoin d’assistance doit être signalé sans délai à Procap Voyages & Sport. Il/elle est d’accord que les informations et données mentionnées puissent être transmises à une tierce personne (selon les besoins du voyage).**

 **[ ]  Le/la participant-e ou son/sa représentant-e légal-e confirme que les conditions générales de contrat et de voyages de Procap Voyages & Sport font partie intégrante du contrat.**

[ ]  **Je déclare que je n’ai pas de curatelle.**

 **Dans le cas où la personne est sous curatelle (anciennement tutelle) et/ou a moins de 18 ans révolus, son représentant légal ou curateur doit obligatoirement signer l’inscription afin que celle-ci soit valable (voir signatures ci-dessous).**

Lieu/ Date:  Signature du participant:

**Consentement (signature) [ ]  des parents / [ ]  du curateur/curatrice:**

**Nom et Adresse:**

Lieu/ Date:  Signature :

**Les signatures** „**par ordre" ou** „**par procuration" ne sont pas prises en considération !**