Séjours de répit et de vacances pour adolescents et adultes en situation d'autisme et protection de l'enfance

Association Tes Vacances répit 365
26 avenue des Tilleuls
95190 - Goussainville

Paris, le ...../...../20....

A l'attention de M^me^/M .....

Objet : Dossier d'inscription du vacancier .....

Madame, Monsieur,

Ce dossier individuel d'inscription à un séjour ou week-end Tes Vacances 365 est strictement confidentiel. Nous vous prions de bien vouloir le remplir le plus lisiblement possible au nom du vacancier dont vous effectuez l'inscription.

Il sera utile pour permettre à notre équipe de connaître chaque vacancier, de répondre au mieux à chaque situation, et surtout de faire en sorte que la personne en situation de handicap se sente parfaitement à l'aise et profite au mieux de son séjour.

N'hésitez pas à joindre à ce dossier, si vous le jugez nécessaire, toute note explicative détaillant davantage certaines spécificités propres au rythme ou aux besoins du vacancier qu'il vous apparaîtrait important de nous communiquer.

Documents à joindre obligatoirement avec ce dossier :

- Copie de la carte d'identité du vacancier
- Copie de la carte vitale
- Copie de la carte d'invalidité
- Attestation de responsabilité civile du vacancier concerné
- Accord de prise en charge financière du week-end ou du séjour.

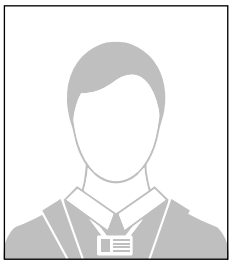
Vous remerciant de votre confiance, nous vous présentons, Madame, Monsieur, nos salutations dévouées.

Le comité pédagogique
de Tes Vacances répit 365

Immatriculée au Registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM093140009
Agréée par l'arrêté 2015 083-0002 pour l'organisation de séjours de Vacances Adaptées Organisées en France et à l'étranger
Assurée par SMACL Assurances, 141 av. Salvador Allende 79031 NIORT CEDEX 9
Siège : 26 Avenue des Tilleuls - 95190 - Goussainville -www.tes-vacances.org- SIRET : 802 357 863 00058 – Code APE : 9499Z

Séjours de répit et de vacances pour adolescents et adultes en situation d'autisme et protection de l'enfance

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION



Dates du/des séjour(s) : ……

Destination du/des séjour(s) : ……

INFORMATIONS GENERALES

NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE : .....

LIEU ET DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... LOCALITE : .....

TEL. : +…..... / ..... N° PIECE D'IDENTITE : .....

INSTITUTION :

NOM : .....

ADRESSE : ……..... .....

CODE POSTAL : ..... LOCALITE : .....

NOM DU RESPONSABLE : .....

Tél. : +…..... / .....

MUTUELLE : (Veuillez nous confier 3 vignettes)

NOM : ..... N° D'AFFILIATION .....

ADRESSE COMPLETE : .....

INDISPENSABLE - INFORMATION EN CAS DE PROBLEME :

* Personne à contacter en institution / centre de jour :

NOM : .....

TEL. : +…..... / ..... EXTENSION: .....

* Parents ou famille proche :

NOM : ....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... LOCALITE : .....

TEL. PRIVE : +…..... / ..... TEL. BUREAU : +…..... / .....

* Médecin traitant ou neuropsychiatre :

NOM : .....

Tél. : …..... / ..... ou Tél. : …..... / .....

Immatriculée au Registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM093140009
Agréée par l'arrêté 2015 083-0002 pour l'organisation de séjours de Vacances Adaptées Organisées en France et à l'étranger
Assurée par SMACL Assurances, 141 av. Salvador Allende 79031 NIORT CEDEX 9
Siège : 26 Avenue des Tilleuls - 95190 - Goussainville -www.tes-vacances.org- SIRET : 802 357 863 00058 – Code APE : 9499Z

NATURE DU HANDICAP

- .....
- .....

PERSONNALITE DE LA PERSONNE HANDICAPEE

1. Caractère (*description*) :
   - .....
   - .....
   - .....
2. Comportement (*description des problèmes les plus courants*) :
   - .....
   - .....
   - .....
   - .....
3. Réactions aux stimulations sensorielles (*anxiété, agressivité, fugue, etc.*) :
   - Vue : .....
   - Ouïe : .....
   - Toucher : .....
   - Goût, odorat : .....
4. Contacts sociaux (*en général*) :
   - Sait-il / elle parler ? ☐ OUI ☐ NON

     Si non, comment s'exprime-t-il / elle ? .....
   - Sait-il / elle lire ? ☐ OUI ☐ NON
   - Sait-il / elle écrire ? ☐ OUI ☐ NON
   - Conseils supplémentaires et descriptions :
     - .....
     - .....
     - .....

Immatriculée au Registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM093140009
Agréée par l'arrêté 2015 083-0002 pour l'organisation de séjours de Vacances Adaptées Organisées en France et à l'étranger
Assurée par SMACL Assurances, 141 av. Salvador Allende 79031 NIORT CEDEX 9
Siège : 26 Avenue des Tilleuls - 95190 - Goussainville -www.tes-vacances.org- SIRET : 802 357 863 00058 – Code APE : 9499Z

5. Contacts relationnels et réactions :

- en présence d'autres personnes handicapées :
  - .....
  - .....
  - .....

- envers les accompagnants :
  - .....
  - .....
  - .....

- en séjour mixte ?
  - .....
  - .....

6. A propos de ses dernières vacances :

Année : ..... Lieu : .....

Vacances organisées par : .....

Comment a-t-il / elle vécut ces vacances ?

- .....

SITUATION DE VIE A LA MAISON, DANS L'INSTITUTION OU LE CENTRE DE JOUR

En fonction de ses habitudes de vie, quels sont les aspects nécessaires à maintenir pendant les vacances et notamment au niveau de sa vie affective ?

- .....
- .....
- .....
- .....

CONDITION PHYSIQUE

- Peut-il / elle participer à toutes les activités physiques ? ☐ OUI ☐ NON
- Est-il / elle bon marcheur ? ☐ OUI ☐ NON
- Sait-il / elle nager ? ☐ OUI ☐ NON

- Si vous avez répondu NON à une des questions précédentes : quelles sont ses limites ?
  - .....
  - .....

- A-t-il / elle des handicaps supplémentaires ? (Si oui, lesquels ?) ☐ OUI ☐ NON
  - .....
  - .....

Immatriculée au Registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM093140009
Agréée par l'arrêté 2015 083-0002 pour l'organisation de séjours de Vacances Adaptées Organisées en France et à l'étranger
Assurée par SMACL Assurances, 141 av. Salvador Allende 79031 NIORT CEDEX 9
Siège : 26 Avenue des Tilleuls - 95190 - Goussainville -www.tes-vacances.org- SIRET : 802 357 863 00058 – Code APE : 9499Z

HYGIENE

1. TOILETTE :

- Est-il / elle indépendant(e) ? ☐ OUI ☐ NON
- Prend-il / elle conscience de son hygiène ? (Vêtements, toilette...) ☐ OUI ☐ NON
- A-t-il / elle besoin d'aide ou d'assistance pour :
  - se raser ? ☐ OUI ☐ NON
  - se laver ? ☐ OUI ☐ NON
  - se peigner ? ☐ OUI ☐ NON
  - le bain ? ☐ OUI ☐ NON
  - la douche ? ☐ OUI ☐ NON
  - changer de sous-vêtements régulièrement ? ☐ OUI ☐ NON

- Indiquez concrètement de quelle aide ou assistance il / elle a besoin :
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....

- Utilise-t-il / elle des produits spéciaux pour son hygiène ? ☐ OUI ☐ NON
  Si oui, lesquels ? Pourquoi ? Expliquez son mode d'emploi.
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....

2. POUR ALLER AUX TOILETTES :

- Est-il / elle indépendant(e) ? ☐ OUI ☐ NON
- Conseils concernant les soins d'hygiène et l'aide éventuellement nécessaire pour cause de handicap physique :
  - .....
  - .....
  - .....
- Menstruations éventuelles (*pendant le séjour*) : ☐ OUI ☐ NON

  Si OUI :
  - Date de début : .....
  - Durée : .....
  - Sont-elles douloureuses ? ☐ OUI ☐ NON
  - Sont-elles : normales / irrégulières / peu abondante / très abondantes *(Rayez les mentions inutiles)*

Immatriculée au Registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM093140009
Agréée par l'arrêté 2015 083-0002 pour l'organisation de séjours de Vacances Adaptées Organisées en France et à l'étranger
Assurée par SMACL Assurances, 141 av. Salvador Allende 79031 NIORT CEDEX 9
Siège : 26 Avenue des Tilleuls - 95190 - Goussainville -www.tes-vacances.org- SIRET : 802 357 863 00058 – Code APE : 9499Z

. Commentaires éventuels : ……

……....

A-t-il / elle besoin d'aide pour changer de serviette hygiénique / lange ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, commentaires éventuels : ……..……

……

- Souffre-t-il / elle régulièrement de constipations ou de diarrhées ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, commentaires éventuels : ……..……

……

……

- Souffre-t-il / elle d'incontinence pendant la journée ? ☐ OUI ☐ NON
- Souffre-t-il / elle d'incontinence pendant la nuit ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, vos conseils sont de :

- ……
- ……
- ……

COUCHER

- A quelle heure a-t-il / elle l'habitude de se coucher ?
- A-t-il / elle des comportements spéciaux durant la nuit ? ☐ OUI ☐ NON
  Si oui, lesquels ?
  - ……
  - ……
  - ……
- A-t-il / elle l'habitude de dormir seul(e) / à deux / à plusieurs à la maison et/ou à l'institution ?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, est-il nécessaire pour lui / elle de dormir en vacances avec des personnes de la même institution, et lesquelles ? ……..……...

……..…

Immatriculée au Registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM093140009
Agréée par l'arrêté 2015 083-0002 pour l'organisation de séjours de Vacances Adaptées Organisées en France et à l'étranger
Assurée par SMACL Assurances, 141 av. Salvador Allende 79031 NIORT CEDEX 9
Siège : 26 Avenue des Tilleuls - 95190 - Goussainville -www.tes-vacances.org- SIRET : 802 357 863 00058 – Code APE : 9499Z

NOURRITURE

- Sait-il / elle manger seul(e) ? ☐ OUI ☐ NON

Si non, de quelle aide a-t-il / elle besoin ? :

- .....
- .....
- .....

- Quelles sont ses habitudes alimentaires ?
(ex : boulimie, refus de certains aliments, régime mixé, ...)

- .....
- .....
- .....
- .....

DIVERS ET POINTS PRATIQUES

Temps libre et détente :

- Quelles activités aime-t-il / elle faire ? (énumération la plus étendue possible)

- .....
- .....
- .....
- .....

- Jusqu'à quel point est-il / elle indépendant(e) dans ses activités ? :

- .....
- .....
- .....

- A-t-il / elle des hobbies personnels ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, lesquels ?

- .....
- .....
- .....

- Comment réagit il / elle vis-à-vis des animaux ?

- .....
- .....

Immatriculée au Registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM093140009
Agréée par l'arrêté 2015 083-0002 pour l'organisation de séjours de Vacances Adaptées Organisées en France et à l'étranger
Assurée par SMACL Assurances, 141 av. Salvador Allende 79031 NIORT CEDEX 9
Siège : 26 Avenue des Tilleuls - 95190 - Goussainville -www.tes-vacances.org- SIRET : 802 357 863 00058 – Code APE : 9499Z

- Peut-il /elle fumer ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : Quantité par jour : ..... Moment de la journée : .....

- Sait-il / elle gérer seul (e) son argent de poche ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, de quelle façon (ex : par jour / par séjour ?) : ..……

……

- Porte-t-il/elle un matériel spécifique ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, lequel : ……....

- Utilise-t-elle un lit médicalisé ? ☐ OUI ☐ NON
- A-t-il besoin d'un matelas anti-escarres ? ☐ OUI ☐ NON
- Utilise-t-il un lève-personne ? ☐ OUI ☐ NON
- A-t-il/elle besoin d'une contention ? ☐ OUI ☐ NON

CONSEILS SPECIFIQUES SUPPLEMENTAIRES

- ……
- ……
- ……
- ……
- ……
- ……
- ……
- ……
- ……
- ……

Immatriculée au Registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM093140009
Agréée par l'arrêté 2015 083-0002 pour l'organisation de séjours de Vacances Adaptées Organisées en France et à l'étranger
Assurée par SMACL Assurances, 141 av. Salvador Allende 79031 NIORT CEDEX 9
Siège : 26 Avenue des Tilleuls - 95190 - Goussainville -www.tes-vacances.org- SIRET : 802 357 863 00058 – Code APE : 9499Z

Pour l'assurance

AUTORISATION
(A remplir même en cas de majorité du participant)

JE, SOUSSIGNE(E),

PRENOM ET NOM : ....

ADRESSE COMPLETE : .....

.....

AGISSANT EN QUALITE DE (*père, mère, tuteur, référent, …*) : .....

AUTORISE LE VACANCIER

PRENOM ET NOM : .....

A PARTICIPER A TOUTES LES ACTIVITÉS SPORTIVES ET PHYSIQUES ANNONCÉES SAUF :
(*Barrer les activités interdites*)

☐ :Baignades

☐ Séances de natation

☐ Équitation

☐ Autres activités : …… ……

ET DÉCLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE TOUTES LES DISPOSITIONS PRATIQUES RELATIVES AUX VACANCES ET Y ADHÉRER PLEINEMENT.

Bon pour accord, le : ..... /..... /..... à ……. .

Attestation responsabilité civile obligatoire Signature :

Immatriculée au Registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM093140009
Agréée par l'arrêté 2015 083-0002 pour l'organisation de séjours de Vacances Adaptées Organisées en France et à l'étranger
Assurée par SMACL Assurances, 141 av. Salvador Allende 79031 NIORT CEDEX 9
Siège : 26 Avenue des Tilleuls - 95190 - Goussainville -www.tes-vacances.org- SIRET : 802 357 863 00058 – Code APE : 9499Z

CERTIFICAT MEDICAL

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR UN MEDECIN

- IDENTITE DU VACANCIER : .....
- NOM, ADRESSE ET N° TEL DU MEDECIN TRAITANT OU DE SON REMPLACENT PENDANT LA PERIODE DU SEJOUR DU VACANCIER :

  ..... ……

  ……...

  .....
- GROUPE SANGUIN : .....
- POIDS: ..... TAILLE : .....
- ANNEE DE LA VACCINATION CONTRE LE TETANOS : .....
- ANNEE D'INJECTION DE SERUM ANTITETANIQUE : .....
- DATE DE LA DERNIERE CUTI-REACTION : .....
- SI ELLE EST POSITIVE, ANNÉE DU VIRAGE : .....
- AFFECTIONS CHRONIQUES EVENTUELLES :

EPILEPSIE ☐ OUI ☐ NON
Précisez si nécessaire : .....

AFFECTION CARDIAQUE ☐ OUI ☐ NON
Précisez si nécessaire : .....

DIABETE ☐ OUI ☐ NON
Précisez si nécessaire : .....

ASTHME ☐ OUI ☐ NON
Précisez si nécessaire : .....

AFFECTIONS CUTANEES ☐ OUI ☐ NON
Précisez si nécessaire : .....

ALLERGIES : Médicamenteuses : ☐ OUI ☐ NON
Précisez si nécessaire : .....

Alimentaires : ☐ OUI ☐ NON
Précisez si nécessaire : .....

SOMNAMBULISME ☐ OUI ☐ NON
Précisez si nécessaire : .....

ANXIETE EXCESSIVE ☐ OUI ☐ NON

AUTRES : .....

Immatriculée au Registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM093140009
Agréée par l'arrêté 2015 083-0002 pour l'organisation de séjours de Vacances Adaptées Organisées en France et à l'étranger
Assurée par SMACL Assurances, 141 av. Salvador Allende 79031 NIORT CEDEX 9
Siège : 26 Avenue des Tilleuls - 95190 - Goussainville -www.tes-vacances.org- SIRET : 802 357 863 00058 – Code APE : 9499Z

♦ CONTRES-INDICATIONS :

AUX BAIGNADES ☐ OUI ☐ NON

AUX ACTIVITES SPORTIVES ☐ OUI ☐ NON

AUX PROMENADES EN ALTITUDE ☐ OUI ☐ NON

♦ OPERATIONS ANTERIEURES IMPORTANTES :

....

....

....

♦ MEDICAMENTS ET SOINS :

TRAITEMENT PENDANT LE SEJOUR ☐ OUI ☐ NON

(Si oui, l'ordonnance récente devra être jointe le jour du départ)

MEDICAMENTS PRIS SEULS PAR LE VACANCIER ☐ OUI ☐ NON

SOINS INFIRMIERS REGULIERS REQUIS POUR LE VACANCIER ☐ OUI ☐ NON

NOM DU MEDICAMENT / TRAITEMENT	HEURE DE PRISE
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

♦ AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

....

.....

.....

.....

.....

Immatriculée au Registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM093140009
Agréée par l'arrêté 2015 083-0002 pour l'organisation de séjours de Vacances Adaptées Organisées en France et à l'étranger
Assurée par SMACL Assurances, 141 av. Salvador Allende 79031 NIORT CEDEX 9
Siège : 26 Avenue des Tilleuls - 95190 - Goussainville -www.tes-vacances.org- SIRET : 802 357 863 00058 – Code APE : 9499Z

♦ CERTIFICAT D'ADMISSION

Certificat d'admission en séjour de vacances

Je soussigné, Dr.....certifie l'exactitude de l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical, et que Madame / Monsieur..... peut être admis dans le séjour de vacance choisi.

A……..……, le ……..

Signature et cachet du médecin :

Immatriculée au Registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM093140009
Agréée par l'arrêté 2015 083-0002 pour l'organisation de séjours de Vacances Adaptées Organisées en France et à l'étranger
Assurée par SMACL Assurances, 141 av. Salvador Allende 79031 NIORT CEDEX 9
Siège : 26 Avenue des Tilleuls - 95190 - Goussainville -www.tes-vacances.org- SIRET : 802 357 863 00058 – Code APE : 9499Z

TES VACANCES
REPIT 365

CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

ARTICLE 1ER - PRINCIPE DE NON-DISCRIMINATION

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

ARTICLE 2 - DROIT À UNE PRISE EN CHARGE OU À UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉ

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

ARTICLE 3 - DROIT À L'INFORMATION

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.
La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

ARTICLE 4 - PRINCIPE DU LIBRE CHOIX, DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET DE LA PARTICIPATION DE LA PERSONNE

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation : 1) La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
2) Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
3) Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.
Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.
La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

ARTICLE 5 - DROIT AU RESPECT DES LIENS FAMILIAUX

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.
Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

ARTICLE 6 - DROIT À LA RENONCIATION

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

ARTICLE 7 - DROIT À LA PROTECTION

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.
Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

ARTICLE 8 - DROIT À L'AUTONOMIE

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société,
Les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.
Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

ARTICLE 9 - PRINCIPE DE PRÉVENTION ET DE SOUTIEN

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.
Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.
Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

ARTICLE 10 - DROIT À L'EXERCICE DES DROITS CIVIQUES ATTRIBUÉS À LA PERSONNE ACCUEILLIE

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

ARTICLE 11 - DROIT À LA PRATIQUE RELIGIEUSE

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

ARTICLE 12 - RESPECT DE LA DIGNITÉ DE LA PERSONNE ET DE SON INTIMITÉ

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.
Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

TES VACANCES
REPIT 365

DROIT À L'IMAGE

Merci de remplir ce document en lettres MAJUSCULES

Je soussigné(e), ○ Mr ○ Mme _____

Prénom _____. né(e) le____/____/_____

Représentant légal de.....né(e) le____/____/_____

Demeurant au _____

Code Postal..... Ville.....

○ Autorise ○ N'autorise pas

Que les supports sur lesquels figurent le dénommé ci-dessus ou de son représentant légal puissent être utilisées à des fins professionnelles sans limitation de durée par l'association :

TES VACANCES REPIT 365

Les soussignés marquent leur accord pour les supports de tous formats et par tous les procédés existants ou à venir suivants :

☐ Photo ☐ Vidéo sur les supports d'activités et d'information

☐ Photo ☐ Vidéo pour le site de l'association www.tes-vacances.org

☐ Photo ☐ Vidéo pour la diffusion et l'organisation évènementielle

Fait à....., le _____/_____/_____

Nom & Prénom du bénéficiaire	Nom & Prénom du représentant légal
.....	.....
« Lu et approuvé »	« Lu et approuvé »

TES VACANCES REPIT 365

AUTORISATION D'INTERVENTION MÉDICALE OU CHIRURGICALE D'URGENCE

SOUS RÉSERVE D'EN ÊTRE INFORMÉ LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE, AU N° DE TÉLÉPHONE CI-DESSOUS.

(MERCI DE NOUS COMMUNIQUER AU MOINS DEUX NUMÉROS DE TÉLÉPHONE)

Père 1 - N° du domicile :..... Portable :.....
2 - N° du travail :..... Poste n° :.....

Mère 3 - N° du domicile :..... Portable :.....
4 - N° du travail :..... Poste n° :.....

Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement et lien avec la famille : ..... téléphone :.....
Je soussigné(e) M.....

Autorise en cas d'urgence, le transport à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour une hospitalisation et que puisse être pratiquée, l'intervention médicale ou chirurgicale, avec une anesthésie locale ou générale, sur mon enfant :

Nom :.....
Prénom :..... Né(e) le :.....
J'accepte de prendre en charge tous les frais liés au transport ou à l'hospitalisation de mon enfant.

Antécédents d'intervention chirurgicale

Allergies :.....
Médicaments interdits :.....
Groupe Sanguin :..... Date du dernier vaccin DTP :.....

Fait à ..... Le ...../...../.....

Signature des parents précédée de la mention « Lu et approuvé »

Mr..... Mme.....
....

1 La France est **une République indivisible, laïque, démocratique et sociale**. Elle assure l'égalité devant la loi, sur l'ensemble de son territoire, de tous les citoyens. Elle respecte toutes les croyances.

2 La République laïque organise **la séparation des religions et de l'État**. L'État est neutre à l'égard des convictions religieuses ou spirituelles. Il n'y a pas de religion d'État.

LA RÉPUBLIQUE EST LAÏQUE

3 La laïcité garantit **la liberté de conscience** à tous. **Chacun est libre de croire ou de ne pas croire**. Elle permet la libre expression de ses convictions, dans le respect de celles d'autrui et dans les limites de l'ordre public.

4 La laïcité permet l'exercice de la citoyenneté, en conciliant **la liberté de chacun** avec **l'égalité et la fraternité de tous** dans le souci de l'intérêt général.

5 La République assure dans les établissements scolaires le respect de chacun de ces principes.

CHARTE DE LA LAÏCITÉ À L'ÉCOLE

La Nation confie à l'École la mission de faire partager aux élèves les valeurs de la République.

6 La laïcité de l'École offre aux élèves les conditions pour forger leur personnalité, exercer leur libre arbitre et faire l'apprentissage de la citoyenneté. **Elle les protège de tout prosélytisme et de toute pression** qui les empêcheraient de faire leurs propres choix.

7 La laïcité assure aux élèves l'accès à **une culture commune et partagée**.

8 La laïcité permet l'exercice de **la liberté d'expression** des élèves dans la limite du bon fonctionnement de l'École comme du respect des valeurs républicaines et du pluralisme des convictions.

9 La laïcité implique **le rejet de toutes les violences et de toutes les discriminations**, garantit **l'égalité entre les filles et les garçons** et repose sur une culture du **respect** et de la compréhension de l'autre.

10 **Il appartient à tous les personnels de transmettre aux élèves le sens et la valeur de la laïcité**, ainsi que des autres principes fondamentaux de la République. Ils veillent à leur application dans le cadre scolaire. Il leur revient de porter la présente charte à la connaissance des parents d'élèves.

11 **Les personnels ont un devoir de stricte neutralité** : ils ne doivent pas manifester leurs convictions politiques ou religieuses dans l'exercice de leurs fonctions.

L'ÉCOLE EST LAÏQUE

12 **Les enseignements sont laïques.** Afin de garantir aux élèves l'ouverture la plus objective possible à la diversité des visions du monde ainsi qu'à l'étendue et à la précision des savoirs, **aucun sujet n'est a priori exclu du questionnement scientifique et pédagogique**.
Aucun élève ne peut invoquer une conviction religieuse ou politique pour contester à un enseignant le droit de traiter une question au programme.

13 Nul ne peut se prévaloir de son appartenance religieuse pour refuser de se conformer aux règles applicables dans l'École de la République.

14 Dans les établissements scolaires publics, les règles de vie des différents espaces, précisées dans le règlement intérieur, sont respectueuses de la laïcité. **Le port de signes ou tenues par lesquels les élèves manifestent ostensiblement une appartenance religieuse est interdit.**

15 Par leurs réflexions et leurs activités, **les élèves contribuent à faire vivre la laïcité** au sein de leur établissement.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ministère éducation nationale

TES VACANCES RÉPIT 365

Colos et circuits

1 photo

(Merci d'indiquer au dos nom et prénom du participant)

FORMULAIRE D'INSCRIPTION WEEK-ENDS ET COLONIES DE VACANCES

(à remplir en majuscules)

LE SEJOUR

Nom du séjour : ..... **Dates du** ..... **au** .....

☐ **Départ avec le groupe depuis Paris**

RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

Nom légal : .....

Prénom : .....

Sexe : ☐ M ☐ F Nationalité : .....

Age : ..... Date de naissance : .....

Taille : ..... cm Poids : ..... kg Pointure : .....

Niveau ☐ Non nageur ☐ Intermédiaire ☐ Débutant ☐ Confirmé

Pour les nageurs, merci de bien vouloir fournir le certificat d'aisance aquatique (Article A. 322-3-2 du code du sport)

Personnalité

☐ Timide ☐ Dynamique ☐ S'adapte vite
☐ Sociable ☐ Raisonnable ☐ Lent
☐ Autonome ☐ Anxieux ☐ Nonchalant

S'agit-il d'un 1er séjour hors de la famille ? ☐ Oui ☐ Non

Centres d'intérêts :

.....

Santé

☐ Asthme ☐ Troubles alimentaires
☐ Allergies ☐ Handicap Mental
☐ Enurésie ☐ Handicap Physique

Toute opération, antécédent médical ou traitement en cours doit être mentionné dans un courrier sous pli cacheté.

Recommandations particulières :

.....

.....

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

☐ M. et Mme ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Tél. domicile : .....

Email : .....

Tél. Port. Père : .....

Tél. Port. Mère : .....

Numéros de Sécurité Sociale : .....

Assurance RC : ..... Police N° : .....

(Joindre l'attestation)

Autre personne à contacter en cas d'urgence *(obligatoire)*

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : .....

Tél. Port. : .....

Lien de Parenté :

☐ Grands-Parents ☐ Frère/Sœur ☐ Oncle/Tante

☐ Autre : .....

Je soussigné, **Représentant légal :** ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

J'autorise : ☐ Mon fils ☐ Ma fille

à participer à toutes les activités proposées pendant le séjour. J'autorise également le directeur de TES VACANCES à prendre les dispositions qu'il jugerait urgentes en cas de maladies ou d'accident et notamment lui donne l'autorisation de faire pratiquer, si nécessaire, une intervention chirurgicale sous anesthésie générale, déclare avoir pris connaissance et souscrire aux conditions précisées ci-dessus et aux conditions générales et particulières de réservation et de vente.

J'autorise également Tes vacances à utiliser pour sa brochure ou son site internet les photos de mon enfant, lors de son séjour.

SIGNATURE **Date .../..../.....**