

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

1 photo  
récente  
obligatoire



**CENTRALE INSCRIPTIONS EPAL**

10 RUE NICÉPHORE NIÉPCE

CS 62863 - 29228 BREST CEDEX 2

TÉL : 02 98 41 84 09 - MAIL : vta.epal@epal.asso.fr

## NE PAS REMPLIR

N° adhérent .....

Réf. Séjour .....

Arrhes à verser (300 € par semaine)

**SÉJOUR CHOISI :** .....

Réf : ..... dates : .....

Orientation MDPH : .....

### PARTICIPANT :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : M ☐ F ☐

Personne s'occupant de l'inscription :

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Tél : .....

Adresse mail :

**PERSONNE À CONTACTER D'URGENCE DURANT LE SÉJOUR (24h/24) :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : ..... Tél. : .....

### ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ PENDANT L'ANNÉE :

Adresse : .....

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : ..... Tél. : .....

**COMPTE-RENDU : je souhaite recevoir un compte-rendu de séjour** ☐

**CONVOYAGE :** (à remplir **obligatoirement**) :

☐ Le vacancier choisit **d'être pris en charge par les transports EPAL. Pour choisir votre ville de rendez-vous, référez-vous au livret transport.**

Ville de départ : .....

ou Ville de retour : .....

☐ La famille ou l'institution se charge du transport jusqu'au lieu du séjour (donc pas de transport EPAL, accueil sur place).

**Les informations concernant le séjour et le voyage seront adressées à :**

Nom : ..... Prénom : .....

(Etablissement) : .....

Adresse : .....

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....

Tél : ..... Mail : .....

**Le RELEVÉ DE FRAIS sera adressé à :**

Qualité : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....

Tél : ..... Mail : .....

**LE PARTICIPANT EST SOUS :**

Tutelle ☐ Curatelle ☐

Nom : ..... Prénom : .....

Je soussigné M. ...., agissant en qualité de .....

certifie la sincérité des informations portées dans ce document.

Fait à ..... le .....

**Signature de la personne ayant rempli le document :**

### SORTIES / DÉPLACEMENTS

Sort seul ☐ Oui ☐ Non

Sort seul après préparation ☐ Oui ☐ Non

Sait demander son chemin ☐ Oui ☐ Non

Peut rester seul sur le lieu de séjour ☐ Oui ☐ Non

Peut monter / descendre un escalier seul ☐ Oui ☐ Non

Utilise un fauteuil roulant occasionnel ☐ Oui ☐ Non

### HYGIÈNE

Sait aller aux WC ☐ Oui ☐ stimulé ☐ Non

Est sujet à l'énurésie ☐ diurne ☐ nocturne ☐ Non

Est sujet à l'encoprésie ☐ diurne ☐ nocturne ☐ Non

Porte des protections ☐ Oui ☐ Non

Fait sa toilette ☐ Oui ☐ stimulé ☐ Non

Sait se raser ☐ Oui ☐ stimulé ☐ Non

Sait s'habiller ☐ Oui ☐ stimulé ☐ Non

S'occupe seul de ses affaires personnelles ☐ Oui ☐ stimulé ☐ Non

### MÉDICAL

A un traitement ☐ Oui ☐ Non

S'en occupe seul ☐ Oui ☐ Non

L'équipe s'en occupe ☐ Oui ☐ Non

Utilise un moyen de contraception ☐ Oui ☐ Non

Précisez : .....

S'en occupe seul ☐ Oui ☐ Non

L'équipe s'en occupe ☐ Oui ☐ Non

Nécessite des soins infirmiers\* ☐ Oui ☐ Non

Quel type de soins ? : .....

Pour une prise en compte de ces soins, joindre une ordonnance un mois avant le début du séjour.

(\*) Sous réserve d'acceptation par Epal.

Suit un régime ☐ Oui ☐ Non

(Si oui, joindre une ordonnance précisant la nature du régime).

### INSCRIPTION EN COUPLE

S'inscrit en couple ☐ Oui ☐ Non

En compagnie de .....

(Une inscription en couple signifie que les deux personnes dorment dans une même chambre, en toute intimité, partageant le même lit)

