



DOSSIER D'INSCRIPTION

- **FICHE 1 : Volet Administratif**
- **FICHE 2 : Fiche Sociale, d'Autonomie et de Vie Quotidienne**
- **FICHE 3 : Dossier médical confidentiel**
- **FICHE 4 : Formulaire d'autorisations et décharges**



Déficience intellectuelle
ou handicap mental



Déficience auditive



Déficience motrice



Déficience visuelle



Déficience psychique
ou trouble mental

Dossier d'inscription

Saison 2026

L'Atelier des
Vacanciers



FICHE 1

L'ensemble des documents suivants constitue le dossier d'inscription obligatoire. Tout dossier incomplet (pièces manquantes, champs non renseignés ou absence de signatures) ne pourra être validé par le service.

Nom du séjour : Date du séjour :

FICHE 1 : Volet Administratif

Identification du Participant :

Nom : Prénom :

Sexe : ☐ F ☐ M

Nationalité :

Date et lieu de naissance : le / / à

Lieu de vie :

Adresse complète :

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : Portable :

Mail :

Numéro de Sécurité Sociale :

Numéro MDPH :

Photo
d'identité
récente

Mesures de Protection Juridique :

Régime : ☐ Sans Mesure ☐ Tutelle ☐ Curatelle Simple

☐ Curatelle Allégée ☐ Curatelle Renforcée

Coordonnées du Mandataire ou de l'Organisme de Tutelle :

Nom / Raison Sociale :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Cachet / Tampon de l'organisme :

Financement et facturation :

Adresse de facturation (si différente) :

Mode de financement du séjour : ☐ Financement personnel ☐ Mutuelle

☐ Aide du Conseil départemental (APA / PCH / aide sociale)

☐ Établissement ou structure (IME, MAS, foyer...)

☐ Autre :

Pièce jointe obligatoire : Un **RIB original** doit être joint (gestion des remboursements/aides)



Coordonnées :

Référent :

Famille / Proche : Nom :

Qualité :

Téléphone :

Structure fréquenté : ☐ MAS ☐ FAM ☐ FH ☐ FO ☐ ESAT

☐ SAVS ☐ CAJ ☐ Autres :

Nom de la structure :

Adresse :

Fonction :

Personne(s) à contacter en cas d'urgence PAR ORDRE DE PRIORITÉ

1. Nom :

Lien de parentalité /fonction :

Téléphone :

Mail :

2. Nom :

Lien de parentalité /fonction :

Téléphone :

Mail :

3. Nom :

Lien de parentalité /fonction :

Téléphone :

Mail :

Logistique :

Contact Jour J : N° portable de l'accompagnateur :

.....

Envoi des courriers de départ et de retour :

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :



Nom prénom du vacancier :

FICHE 2

FICHE 2 : Fiche Sociale, d'Autonomie et de Vie Quotidienne**Grille de niveau d'Autonomie**

La constitution de groupes homogènes est un élément essentiel pour garantir la qualité, la sécurité de chaque séjour. Afin d'adapter au mieux l'accompagnement proposé, nous avons mis en place une grille d'évaluation de l'autonomie permettant d'apprécier les besoins de chaque vacancier selon plusieurs critères :

- **Autonomie dans les actes de la vie quotidienne**
- **Capacités physiques et motrices**
- **Comportement et relation aux autres**
- **Communication**

Merci de cocher ou compléter chaque rubrique en vous appuyant sur des situations concrètes observées.

1. Autonomie dans la vie quotidienne

- ☐ **0 – Autonome**
Exemple : se lave, s'habille, prépare ses affaires seul sans rappel.
- ☐ **1 – Besoin de stimulation**
Exemple : Nécessite une stimulation verbale et un accompagnement pour la toilette et l'habillage.
- ☐ **2 – Aide partielle**
Exemple : besoin d'aide pour choisir ses vêtements, guidance gestuelle pour les actes de la vie quotidienne.
- ☐ **3 – Aide importante**
Exemple : toilette, habillage réalisés en grande partie par un accompagnant.

2. Mobilité et fatigabilité

- ☐ **0 – Dynamique**
Exemple : participe à des randonnées, marche toute la journée sans difficulté.
- ☐ **1 – Bon marcheur**
Exemple : marche 1 à 2h avec pause, suit un groupe sans difficulté.
- ☐ **2 – Fatigable**
Exemple : marche 30 à 45 min, besoin de pauses fréquentes ou de rythme lent.
- ☐ **3 – Difficulté motrice**
Exemple : utilise un fauteuil, un déambulateur ou nécessite un accompagnement physique.

3. Comportement et relation

- ☐ **0 – Stable et adapté**
Exemple : participe aux activités, respecte les consignes, bonne interaction avec le groupe.
- ☐ **1 – Besoin de repères**
Exemple : anxiété en cas de changement, besoin d'être rassuré ou cadré.
- ☐ **2 – Instabilité / angoisses** *Exemple : périodes de retrait, crises d'angoisse, refus ponctuel d'activité.*
- ☐ **3 – Comportements à risque**
Exemple : agressivité, automutilation, mise en danger nécessitant une vigilance constante.

4. Communication

- ☐ **0 – Fluide**
Exemple : échange facilement, exprime ses besoins clairement.
- ☐ **1 – Simple**
Exemple : phrases courtes, vocabulaire limité mais compréhensible.
- ☐ **2 – Limitée**
Exemple : utilise quelques mots, gestes ou pictogrammes.
- ☐ **3 – Non verbale / complexe**
Exemple : communication uniquement gestuelle ou très difficile à interpréter.



Hygiène et Soins Corporels

Légende :

S : seul

SV : stimulation verbal

GG : guidance gestuelle

AT : aide totale

Items	S	SV	GG	AT
Toilette du visage et du corps				
Lavage du dos et des cheveux				
Habillage et déshabillage				
Brossage des dents				
Coiffage				
Reconnaissance et choix des vêtements				
Gestion des menstruations				
Rasage				
Utilisation des toilettes				
Hygiène après passage aux toilettes				

Incontinence urinaire le jour :

[] Oui [] Non

Incontinence urinaire la nuit :

[] Oui [] Non

Port de protection :

[] Oui [] Non

Alimentation

Textures : [] Normale [] Hachée [] Mixée

[] Lisse [] Risque de fausse route

Spécificités :

[] Régime :

[] Allergies :

Sélectivité alimentaire :

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

Troubles du comportement alimentaire :

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

Informations sur les habitudes alimentaires

(ex : petit-déjeuner, aliments préférés ou refusés, boisson après repas, utilisation des couverts, besoins spécifiques...) :

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

Sommeil

Capacité de couchage :

- Peut dormir en hauteur dans un lit superposé ? [] Oui [] Non

- Accepte la cohabitation en chambre partagée ? [] Oui [] Non

Se couche tôt : [] Oui [] Non heure :

Se lève tôt : [] Oui [] Non heure :

Difficultés d'endormissement :

[] Oui [] Non

Besoin d'une veilleuse : [] Oui [] Non

Réveil durant la nuit : [] Oui [] Non

Fait la sieste : [] Oui [] Non

Rituels avant le coucher : [] Oui [] Non

Précisez :

.....
.....

Autres précisions et préconisations :

.....
.....



Habitude de vie

Rituels :

.....

.....

Objet fétiche :

.....

Intérêts restreints :

.....

Activités privilégiées / centres d'intérêts:

.....

.....

.....

FIGURE 10.11

Fumeur : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle est la consommation de tabac
par jour :

Gestion autonome de la consommation

de tabac : ☐ Oui ☐ Non

Consommation d'alcool :

Autoriser : ☐ Oui ☐ Non

Contre-indiqué : ☐ Oui ☐ Non

Interdit : ☐ Oui ☐ Non

Gestion de l'argent de poche :

Autonome : ☐ Oui ☐ Non

Sait faire des choix : ☐ Oui ☐ Non

Utilisation du téléphone portable :

Autoriser : ☐ Oui ☐ Non

Autonome : ☐ Oui ☐ Non

Si non, préciser les modalités d'utilisation :

.....

.....

Sensibilité à la douleur ? [] Oui [] Non

Sensibilité sensorielle:

Domaine	Hypo = faible sensibilité	Hyper = forte sensibilité
Auditif (bruits)		
Visuel (lumière, agitation)		
Tactile (contact, textures)		
Olfactif (odeurs)		
Gustatif (alimentation)		
Proprioception (perception du corps)		
Vestibulaire (équilibre, mouvements)		

Aménagements et besoins spécifiques

(Merci de préciser les adaptations utiles au quotidien)

👉 Exemples : casque anti-bruit, objets à mâchouiller, besoin de pauses, évitement de certains environnements, matériel spécifique.. :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Communication

Communication par le langage verbal :

☐ Oui ☐ Non

Utilisation d'un outil de communication :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : *Makaton, langue des signes, outil numérique (auticiel), pictogrammes, classeur PECS, dessins, synthèse vocale*

Communique par cris, vocalises :

☐ Oui ☐ Non

Logorrhées/écholalie :

☐ Oui ☐ Non

Maîtrise de l'écriture ?

☐ Oui ☐ Non

Maîtrise de la lecture ?

☐ Oui ☐ Non

Non voyant : ☐ Oui ☐ Non

Mal voyant : ☐ Oui ☐ Non

Porte des lunettes : ☐ Oui ☐ Non

Porte des lentilles : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le protocole à suivre :

Sourd : ☐ Oui ☐ Non

Malentendant : ☐ Oui ☐ Non

Porte une prothèse auditive :

☐ Oui ☐ Non

Porte une prothèse dentaire amovible :

☐ Oui ☐ Non

Comportements

Phobies : ☐ Oui ☐ Non

Hallucinations/délires :

☐ Oui ☐ Non

Agressivité verbale :

☐ Jamais ☐ Ça peut arriver ☐ Souvent

☐ Très fréquemment

Agressivité physique :

☐ Jamais ☐ Ça peut arriver ☐ Souvent

☐ Très fréquemment

Eléments de précision sur l'agressivité :

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

Tendance au retrait : ☐ Oui ☐ Non

Comportements sexuels inappropriés

(masturbation en public, toucher les parties intimes des autres,..) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Relations avec ses pairs :

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

Relations avec les professionnels :

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

Conscience du danger : ☐ Oui ☐ Non

Mise en danger de soi (refus de soin, automutilation, etc.) : ☐ Oui ☐ Non

Gestion de la frustration :

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

Protocole/Conduite à tenir en cas de crise comportement :

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

Déplacements et sorties

Mobilité : ☐ Marche ☐ Fauteuil

☐ Avec aide (canne, béquille)



Se repère dans l'espace : ☐ Oui ☐ Non

Se repère dans le temps : ☐ Oui ☐ Non

Peut s'éloigner du groupe : ☐ Oui ☐ Non

Peut fuguer : ☐ Oui ☐ Non

Sait traverser la route sans danger :

☐ Oui ☐ Non

Utilisation d'autres matériels (*chaussures orthopédiques, attelles...*) : ☐ Oui ☐ Non

Supporte les trajets en voiture :

☐ Oui ☐ Non

Tolère les trajets en train : ☐ Oui ☐ Non

Autres informations importantes à nous transmettre sur le vacancier :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Liste des documents complémentaires à fournir :

- Copie recto verso de la carte d'identité
- Copie carte d'invalidité / carte mobilité Inclusion (si détenteur)
- Copie de l'attestation de droit assurance maladie
- Notification MDPH
- Mutuelle
- Rib
- Copie carnet de vaccination
- Ordonnances à jour



FICHE 3 : Dossier médical confidentiel

FICHE 3

Informations générales :

Nom prénom du vacancier :

Âge : Taille : cm Poids : kg

Suivi Médical :

Médecin Traitant :

Nom :

Téléphone :

Médecin Psychiatre :

Nom :

Etablissement :

Téléphone :

Est-il joignable durant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

État de santé général :

.....
.....

Renseignements médicaux :

Diagnostic :

.....
.....

Antécédents :

☐ Diabète

☐ Epilepsie

→ Protocole épilepsie : ☐ Stabilisée ☐ Non stabilisée

- Date dernière crise :

- Fréquence :

- Conduite à tenir :

☐ Cardiaque

☐ Respiratoire

☐ Autre :

Contre-indications :

Allergies médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non

.....

Divers : ☐ Oui ☐ Non

.....

Sportives : ☐ Oui ☐ Non

Baignade : ☐ Oui ☐ Non

Autres informations :

Interventions chirurgicales récentes :

☐ Oui ☐ Non

Vaccination à jour :

☐ Oui ☐ Non

Carnet de vaccination à joindre



Traitements :

CONSIGNE SÉCURITÉ : Les médicaments sont obligatoirement à fournir sous forme de pilulier/semainier préparé avec nom, prénom et photo scotchés dessus. Joindre les ordonnances originales à jour jointes.

Le vacancier a-t-il un traitement médical permanent ?

☐ Oui ☐ Non

Mode de prise :

☐ Autonome ☐ Aide par l'encadrement (distribution/surveillance)

Soins Infirmiers :

☐ Oui ☐ Non

Nature des soins (pansements, injections) :

Si des soins sont à réaliser pendant le séjour, merci de joindre l'ordonnance avec la mention soins à domicile.

.....

Le vacancier porte-t-il un matériel spécifique ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Attestation d'Aptitude Médicale (À faire remplir par le médecin traitant)

Ce document certifie l'aptitude à la vie collective en milieu non médicalisé.

Je soussigné, Docteur, agissant en qualité de médecin, certifie que M./Mme est **apte à vivre en collectivité dans un cadre non médicalisé** pour la durée du séjour de vacances 2026.

Fait à

Le

Cachet et signature du médecin :

Dossier d'inscription

L'Atelier des
Vacanciers



Saison 2026



Nom prénom du vacancier :

FICHE 3

[illegible]



Nom prénom du vacancier :

FICHE 4 : Formulaire d'autorisations et décharges

Droit à l'Image et RGPD

☐ **Autorise** / ☐ **N'autorise pas** l'association à fixer et diffuser des images (photos/vidéos) me représentant sur les supports institutionnels pour une durée de 5 ans. *Conformément à l'Art. 15 du RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données.*

Urgences Médicales

Je soussigné, responsable légal, autorise le responsable du séjour à prendre, sur avis médical, toutes les mesures médicales, hospitalières ou chirurgicales d'urgence nécessaires (y compris anesthésie générale). Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais avancés par l'association sur présentation des justificatifs.

Argent de Poche et Biens Personnels

- **Gestion** : ☐ Dépôt à l'encadrement ☐ Gestion autonome
Montant conseillé : 20€ à 25€.
- **Décharge** : L'association décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objets ou de valeurs non confiées (bijoux, matériel électronique coûteux, téléphones).

Baignade et Activités Nautiques

- ☐ **Autorise** la baignade et les activités nautiques (sous réserve d'aptitude constatée).
- **Avis spécial Épilepsie** : Pour les vacanciers épileptiques, la baignade est soumise à la production d'un certificat médical spécifique autorisant explicitement cette activité.

Clauses de Rapatriement et Comportement

Je reconnais avoir été informé que l'association se réserve le droit de procéder au **rapatriement immédiat** (aux frais du participant ou de son tuteur) en cas de :

1. Comportement dangereux (agressivité, mise en danger de soi ou d'autrui).
2. Non-respect grave des règles de vie collective.
3. Inéquation manifeste entre l'autonomie déclarée et l'autonomie réelle constatée sur place.
4. État de santé ne permettant pas le maintien des conditions d'accueil prévues.

Signature et Mentions légales

Fait à

Le

Mention manuscrite "Lu et approuvé" :

Signatures obligatoires :

Signature du Vacancier :

Signature du Tuteur / Responsable Légal :