

A retourner avant le 30 juin 2021 à

FAL du CANTAL - Centre Laïque Antonin Lac-7 Rue du 139^e R.I - 15 000 AURILLAC

Ou par mail à classes@fal15.org - Tél : 04 71 48 95 56

SEJOURS AOUT 2021

LIEU

Centre Chantaris - Le bourg - 15170 COLTINES

EN RENDEZ-VOUS SUR PLACE

DATES :

- du 14 au 21 août 2021 (8 jours) – Tarif : 914 € par personne
 Du 14 au 28 août 2021 (15 jours) – Tarif : 1713 € par personne

Possibilité du lit superposé du haut : oui non

PARTICIPANT

NOM :

PRENOM :

Né(e) le : ____/____/____

Sexe : Féminin Masculin

Mail :

(Pour recevoir les photos ou autres informations)

AUTONOMIE

- A. Bonne autonomie : ne nécessite pas d'aide dans les gestes de la vie quotidienne.
 B. Moyenne autonomie : nécessite d'intervenir dans certains domaines de la vie quotidienne (toilette, habillement, WC).
 C. Petite autonomie : nécessite une aide constante dans la plupart des actes de la vie quotidienne (toilette, habillement, médicaments, WC). A surveiller, accompagner et aider.

APTITUDE PHYSIQUE

- Pas de problème moteur : bon marcheur
 Pas de problème moteur majeur : se déplace sans difficulté pour de petites promenades. Fatigable.
 Problèmes moteurs : marche avec l'aide ponctuelle d'un tiers, d'un appareillage particulier ou d'un fauteuil.
 Problèmes moteurs majeurs : déplacement en fauteuil roulant ou aide humaine permanente à la marche.

COMPORTEMENT

- Comportement sociable : ne laissant pas apparaître de problème particulier
 Comportement ritualisé repérable, instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger mais pouvant avoir des périodes d'angoisse, de retrait.
 Comportement nécessitant la présence constante d'un animateur (mise en danger par inattention, fugue, déambulation permanente.)

ETABLISSEMENT FREQUENTÉ DURANT L'ANNEE

Nom :

Ville :

Tél. :

REFERENT S'OCUPANT DE L'INSCRIPTION :

Prise en charge financière – coordonnées du tuteur :

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Mail :

Joindre obligatoirement lors de l'inscription un **acompte de 30%** (par chèque : FAL du Cantal ou par virement).

Je soussigné :

Agissant en qualité de :

- 1) Autorise la personne inscrite ci-contre, à participer à toutes les activités organisées pendant son séjour au centre de vacances.
- 2) Autorise le directeur du séjour ou son adjoint à faire soigner la personne inscrite et à faire pratiquer tous les soins nécessaires d'urgences.
- 3) M'engage à rembourser au directeur du séjour, les frais d'honoraires de médecin, les frais de médicaments, les frais d'hospitalisation et d'opération ou toute intervention pour la sécurité de la personne inscrite ayant entraîné des frais, ces frais me seront justifiés.
- 4) Accepte que la personne inscrite ne puisse quitter le centre de vacances en cours de séjour, qu'avec moi-même ou un membre de la famille ou de l'établissement d'origine en possession d'une décharge de responsabilité donnée au directeur du centre de vacances.

Fait à :

Le :

Signature :