



LE DOMAINE DE KABY

SIRET : 952 340 024 00019 - IMMATRICULATION ATOUT FRANCE : IM 012230005

AGRÈMENT VAO : R76-2023-11-09-00006

Tél : 06.46.20.05.48 - www.ledomainedekaby.fr

FICHE D'INSCRIPTION

À PHOTOCOPIER & À RENVOYER

**PHOTO
D'IDENTITÉ
RÉCENTE
OBLIGATOIRE**

MERCI DE REMPLIR EN LETTRE CAPITALE UNIQUEMENT

PARTICIPANT : Niveau d'Autonomie **A** **B**

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Sexe : F M

ADRESSE : _____

Date de Naissance : ___/___/___

CP : _____ VILLE : _____

TÉL : ___/___/___/___/___

E-MAIL : _____

PORTABLE : ___/___/___/___/___

Représentant légal Nom : _____ Prénom : _____ Mail : _____ Tel : _____

Régime de Protection Tutelle : oui non // Curatelle : oui non // Alléguée : oui non // Renforcée : oui non

SEJOUR SOUHAITE : (intitulé)

Séjour 1 : _____ Du ___/___/___ au ___/___/___

Et/ou (rayez la mention inutile)

Séjour 2 : _____ Du ___/___/___ au ___/___/___

Et/ou (rayez la mention inutile)

Séjour 3 : _____ Du ___/___/___ au ___/___/___

Et/ou (rayez la mention inutile)

Séjour 4 : _____ Du ___/___/___ au ___/___/___

VILLES ÉTAPES **VILLEFRANCHE DE ROUERGUE | RODEZ | FIGEAC | MONTAUBAN | TOULOUSE**

Souhaitez-vous un covoiturage (Villes étapes proposées → lieu de séjour, moyennant un supplément de 0.26€/km/trajet)

OUI Ville de lieu de départ : _____

Ville de lieu de retour : _____

NON (dans ce cas, vous amenez le vacancier directement sur son lieu de séjour de vacances)

RAPPEL : les vacanciers peuvent être déposés le lendemain du début du séjour et être récupérés la veille de la fin de séjour).

Type de chambre souhaitée (selon disponibilité et séjour)

standard Chambre Fille ou Garçon (3 lits simples par chambre + salle de bain + WC)

ch. de 2 (sup 65€/séjour) Couple, nom du conjoint : _____

Individuelle (sup 97€/séjour)

Capacité à coucher en lit haut ?

OUI **NON** (supl. de 38€/semaine)

TARIF :

♦ Prix du Séjour : _____ €

♦ Convoyage (nbre de km x0.26x2) - **facultatif** _____ €

♦ Assurance(s) souhaitée(s) - **facultatif**
Voyage/annulation/rapatriement _____ €
(6% du montant du séjour)

♦ Supplément chambre _____ €

TOTAL SEJOUR : _____ €

Arrhes à verser à l'inscription (25% du montant du séjour + adhésion + assurance si souscrite) à l'ordre **LE DOMAINE DE KABY**

Chèque

Virement (RIB sur demande)

www.ledomainedekaby.fr

Le solde est à régler au plus tard 1 mois avant la date du départ.

Dès réception de la fiche d'inscription + la fiche de connaissance correspondante à l'autonomie indiqué du vacancier, nous vous transmettrons la facture.



NOM ET PRENOM PARTICIPANT : _____ **AUTONOMIE :** _____

Séjour choisi : _____ **DU** ____ / ____ / ____ **AU** ____ / ____ / ____

ADRESSE DE FACTURATION

NOM : _____ PRÉNOM : _____

QUALITÉ : _____ RAISON SOCIALE : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

TÉL. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ TÉL. PORTABLE : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

E-MAIL : _____ @ _____

COVOITURAGE (convocation avec Lieu et horaires à adresser à...):

Nom de la structure d'accueil : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

QUALITÉ : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

E-MAIL : _____ @ _____

COVOITURAGE (contact pendant les convois)

N° tél joignable les jours de convoiage (7j/7 et 24h/24) :

Tél. fixe : _____

ET

Tél. portable : _____

E-MAIL : _____ @ _____

Si c'est un taxi ou autre transport merci de nous communiquer les informations :

NOM : _____

TÉL. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

ETABLISSEMENT FRÉQUENTÉ

Nom de la structure : _____

Pavillon / Service : _____

Nom et Prénom du contact : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

TÉL. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Tél. d'astreinte : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

CONTACT DURANT LE SÉJOUR

Nom de la structure : _____

Pavillon / Service : _____

Nom et Prénom du contact : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

TÉL. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Tél. d'astreinte : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

PERSONNE CHARGÉE DE L'INSCRIPTION

NOM : _____ Prénom _____ Qualité : _____

Raison sociale : _____

Adresse : _____

CP _____ Ville : _____

TÉL. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

E-MAIL : _____ @ _____

Déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et de séjour, de son déroulement et de les accepter.

Mention « lu et approuvé »

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature



Conditions Générales

A PROPOS

Le domaine de kaby est une agence spécialiste dans les vacances adaptées et organisées sur mesure.

Notre immatriculation ATOUT FRANCE agent voyage : **IM012230005**

Nous sommes titulaires d'une garantie financière obtenue auprès de l'**APST** sur la totalité des fonds déposés par nos clients.

"Le domaine de kaby" a souscrit une assurance Responsabilité Civile Professionnelle auprès de Allianz (**Police n° 62766462**)

Garanties :

- Responsabilité Civile
- Dommages corporels, matériels et immatériels confondus à hauteur de **10.000.000** euros non indexés par sinistre.



LE DOMAINE DE KABY

SIRET : 952 340 024 00019 - IMMATRICULATION ATOUT FRANCE : IM 012230005
AGRÉMENT VAO : R76-2023-11-09-00006

Tél : 06.46.20.05.48 - www.ledomainedekaby.fr



Conditions Générales

1) Séjours et voyages ouverts à toute personne majeure en situation d'handicap avec un très bon, et bon niveau d'autonomie (voir rubrique « AUTONOMIE A et B »).

Nous nous réservons la possibilité d'interrompre le séjour pour mauvaise information autonomie/séjour choisi, sans aucune indemnité. Dans ce cas, les frais engendrés seront à la charge du vacancier. Merci de nous communiquer toutes nouvelles informations pouvant donner lieu à un changement dans la prise en charge du vacancier.

2) Tarifs forfaitaires en fonction de la durée et du contenu. Tout séjour écourté pour quelque cause que ce soit reste intégralement dû (excepté séjours couverts par assurance voyage, selon termes du contrat).

3) Réservation ferme à réception de la fiche d'inscription dûment signée (téléchargeable sur notre site internet www.ledomainedekaby.fr)

4) Conditions de règlement :

- 25% du montant du séjour d'arrhes + le montant de l'assurance au choix (si souscrite) à la réservation.
- le solde au plus tard 2 mois avant le début du séjour, sans rappel de notre part.

Sauf accord dérogatoire, le vacancier ne sera pas accueilli dans le cas inverse.

Paiement :

- par chèque bancaire ou postale à l'ordre de **S.A.S LE DOMAINE DE KABY** (Merci de nous préciser au dos le nom du bénéficiaire ou le numéro de facture) à nous adresser à l'adresse suivante : LE DOMAINE DE KABY - 461, Impasse Las cazes - 12350 MALEVILLE

- par virement bancaire : Coordonnées bancaire sur le devis.

Paiements échelonnés :

Les revenus dont chacun dispose ne sont pas très élevés et sont à gérer au plus juste. Le budget vacances représente une charge importante qu'il convient de planifier longtemps à l'avance. Nous sommes à l'écoute de toute demande d'étalement de règlement.

En l'absence de transmission de la fiche de connaissance dûment signée 1 mois avant le départ, sans rappel de notre part le séjour sera considéré comme annulé par vous et les conditions d'annulation s'appliqueront.

5) Une assurance voyage est proposée.

Prix assurance assistance : sur devis au cas par cas

Prix assurance multirisque : devis au cas par cas

Prix assurance annulation : 3% sur le prix TTC du séjour

En cas d'annulation ou tout autre sinistre, il convient de :

- contacter l'organisateur par écrit.

Nous vous communiquerons votre numéro d'assuré afin que vous puissiez déclarer le sinistre auprès de l'assurance.

- déclarer votre annulation en ligne : www.allianztravel.fr

Pour toute information, vous trouverez ci-joint :

- Le guide assuré
- Les conditions de souscription
- Les conditions générales avec les exclusions



Conditions Générales

6) Annulation de séjour de votre part :

obligatoirement adressé par lettre recommandée avec A.R. à l'adresse du DOMAINE DE KABY :

- A plus de 45 jours du départ : les arrhes sont dûs.
- Entre 45 et 30 jours : 40 % de frais sur le forfait sont dûs.
- Entre 29 et 10 jours : 60 % de frais sur le forfait sont dûs.
- Entre 9 jours et 48 heures : 90 % de frais sur le forfait sont dûs.
- Entre 47 heures et le départ : 100 % de frais sur le forfait sont dûs.

7) Annulation de séjour de notre part :

nous vous proposons un séjour à une autre date ou nous vous remboursons les sommes versées sans aucune autre indemnité.

Dans tous les cas, nous vous avisons 7 jours avant afin de vous permettre un changement de destination ou de séjour exceptionnel.

8) Pour la partie sous-traitance de nos forfaits :

nous agissons en qualité d'intermédiaire et ne pouvons être tenus pour responsables des différents aléas indépendants de notre volonté. Aucune indemnisation à quelque titre que ce soit n'est consentie.

8bis) Aménagement de durée :

Vous participez à un séjour et vous souhaitez arriver plus tôt et/ou repartir plus tard. C'est possible dans la limite de nos disponibilités restantes à la période souhaitée.

Coûts supplémentaires au séjour (en formule économique):

- Nuit : 23.50 €
- Petit-déjeuner : 8 €
- Déjeuner : 18 €
- Dîner : 17 €
- Journée d'encadrement et d'activités 75 €.

9) Réductions :

- 5 % (avoir déjà participé à l'un de nos séjours). Valable dès le second séjour.
- 10 % dès 10 participants d'un même établissement inscrits en même temps.

10) Organisations des séjours :

Nous nous réservons la possibilité, si les circonstances l'exigent et dans l'intérêt des participants, de modifier les lieux de séjours ou l'exécution des programmes.

11) Les descriptifs des contenus des séjours sont non contractuels.

12) Litiges:

En cas de litiges, les parties reconnaissent la compétence juridique du tribunal administratif de l'Aveyron.

13) Bon déroulement du séjour :

Nous nous réservons le droit de réorienter sur un autre lieu de séjour ou de rapatrier un vacancier qui, de par son comportement, son autonomie, une information dans son dossier non concordante à la situation vécue, pourrait nuire au bon déroulement du séjour et à l'intégrité physique ou morale des autres vacanciers sinon gêner leurs vacances.

Le vacancier ne pourra alors ne prétendre à aucun remboursement ni indemnité. Les coûts induits lui seront facturés.



Conditions Générales

14) Papiers obligatoires au séjour :

- Carte vitale (obligatoire hors département d'origine pour remboursement Sécurité Sociale
- Ou carte Européenne d'assurance Maladie
- Carte d'invalidité (ou photocopie)
- Carte d'identité en cours de validité
(l'originale) Depuis le 1er janvier 2014, la durée de validité des cartes nationales d'identité (CNI) délivrées aux personnes majeures de 10 à 15 ans. Pour les cartes délivrées entre le 2 janvier 2004 et le 31 décembre 2013, la date d'expiration ne correspond donc pas à la date qui est inscrite sur la carte. Toutefois, tous les pays n'autorisent pas l'entrée sur leur territoire aux personnes titulaires d'une carte portant une date de validité en apparence périmée.
- Passeport en cours de validité

Afin d'éviter tous problèmes à l'embarquement (bateau et avion) pouvant nuire considérablement au séjour, nous exigeons que le document indique expressément la date de validité. Dans ce cas demander le renouvellement de la carte d'identité ou de se munir d'un passeport.

15) Responsabilités :

- en aucun cas, nous ne pourrions être tenus pour responsable des vols ou perte d'argent, d'effets ou objets personnels non confiés.
- nous ne pourrions être tenus pour responsable des retards de transports, des accidents indépendants de notre volonté ou occasionnés par autrui.

16) Réclamation :

Toute réclamation devra nous être adressée dans les meilleurs délais et au plus tard 30 jours après le retour du voyage, par lettre recommandée avec accusé de réception.

17) Tarifs :

Les tarifs de nos séjours sont prévus avec hébergement en chambres collectives de 3 à 4 lits. Prévoir sous réserve de disponibilités et selon le séjour choisis :

- un supplément de 62€ / semaine / participant pour l'hébergement en chambre double.
- un supplément de 92€ / semaine / participant pour l'hébergement en chambre individuelle.
- un supplément de 36€ / semaine / participant pour ceux dans l'incapacité de coucher en lit "haut".

18) Informations " DROIT À L'IMAGE" :

Des photos sur lesquelles les vacanciers peuvent apparaître, sont régulièrement prises durant nos séjours et nos activités. Nous pouvons les utiliser à des fins publicitaires sur nos différents supports promotionnels. Vous nous y autorisez.



Conditions Générales

TRAITEMENT MEDICAL

Par mesure de sécurité, LE DOMAINE DE KABY demande que les traitements médicaux soient fournis au responsable du séjour dans un pilulier, par semaine de séjour, accompagné de l'attestation de remplissage de pilulier fournie.

La non-observation de cette règle entraîne la facturation au vacancier du remplissage des piluliers par une infirmière Diplômée d'État.

Les médicaments de type crème, gouttes, sirops, sachets, sont fournis dans une trousse à part, dans leurs emballages d'origine.

Chaque médicament (dans ou hors pilulier) est justifié par une ordonnance originale en cours de validité.

Le traitement médical du jour d'arrivée est fourni à part, en mains propres, au responsable du séjour ou au responsable du voyage.

Les séjours ne sont pas médicalisés. Les vacanciers y participant doivent être médicalement stabilisés.

Des besoins d'intervention infirmiers quotidiens peuvent entraîner, pour des raisons d'organisation, un refus d'inscription de la part du DOMAINE DE KABY.

UTILISATIONS DES LIEUX

Le signataire reconnaît que cette location ne lui est consentie qu'à titre de résidence de plaisance provisoire. En effet, seuls les locaux sont mis à disposition avec meubles, literies, draps et couvertures, sans linge de toilette.

Le nettoyage des chambres est inclus pendant la durée de son séjour.

En cas de dégradation, le coût des réparations incombent intégralement au signataire.

Le signataire, veille à ne pas troubler la tranquillité de l'ensemble du centre et du voisinage.

REGLEMENT DU SOLDE

Le solde du séjour doit être versé sur présentation de la facture.

Tout retard occasionne des pénalités selon les intérêts légaux suivant la Loi RNE du 15 mai 2001.

FACTURE : Une facture acquittée vous sera adressée, une fois que le total sera payé.

Date et signature précédée de la mention " lu et approuvé ":



Autorisation de droit à l'image

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Demeurant : _____

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise

_____ [Nom de la structure] dont le siège est situé au

_____ [Adresse de la structure] et ses prestataires techniques à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques lors de l'évènement

_____ [Nom de l'évènement] qui aura lieu le

_____ [Date de l'évènement] à _____ [Lieu de l'évènement].

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par la structure sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, supports numérique, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à _____, le _____ en deux exemplaires.

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »



LE DOMAINE DE KABY

SIRET : 952 340 024 00019 - IMMATRICULATION ATOUT FRANCE : IM 012230005

AGRÉMENT VAO : R76-2023-11-09-00006

Tél : 06.46.20.05.48 - www.ledomainedekaby.fr



LE DOMAINE DE KABY

DOSSIER MÉDICAL

(A remplir par le médecin traitant)

**PHOTO
OBLIGATOIRE**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de résidence habituel :

ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles

PRESCRIPTION MÉDICALE EN COURS (joindre l'ordonnance avec le pillulier rempli)

PRESCRIPTION	MATIN	MIDI	16H00	SOIR	COUCHER
MEDICAMENT 1 : DOSES PRESCRITES :					
MEDICAMENT 2 : DOSES PRESCRITES :					
MEDICAMENT 3 : DOSES PRESCRITES :					
MEDICAMENT 4 : DOSES PRESCRITES :					
MEDICAMENT 5 : DOSES PRESCRITES :					
MEDICAMENT 6 : DOSES PRESCRITES :					
MEDICAMENT 7 : DOSES PRESCRITES :					

NON DU MÉDECIN :

ADRESSE :

N° TEL :

CACHET
SIGNATURE



LE DOMAINE DE KABY

SIRET : 952 340 024 00019 - IMMATRICULATION ATOUT FRANCE : IM 012230005

AGRÉMENT VAO : R76-2023-11-09-00006

Tél : 06.46.20.05.48 - www.ledomainedekaby.fr



Rappel : avant de remplir ce document, assurez vous que les capacités d'autonomie (et comportementales) de votre protégé correspondent au séjour choisi il en relève de votre responsabilité. Véhicules, locaux et matériels ne sont ni aménagés, ni médicalisés.

Nous nous réservons le droit de refuser un vacancier dont l'autonomie serait jugée non conforme aux conditions d'accueil et d'accompagnement mises en place pour le séjour, et ce, à n'importe quel moment.

NOM et Prénom du Vacancier		FICHE DE CONNAISSANCE Autonomie A Impossible pour ce niveau d'autonomie
Destination / dates		

AUTORISATIONS	OUI	NON
• Sorties		
Seul (sans accompagnateur)		
En petit groupe (sans accompagnateur)		
Seul après un repérage des lieux		
Sait s'orienter dans un lieu inconnu		
Traverse la chaussée sans danger		
Sait demander son chemin		
• Traitements médicaux		
A-t-il un traitement médical ?		
Gère-t-il ses médicaments ?		
A-t-il des soins médicaux à réaliser par une IDE durant le séjour ? (*) Si oui, merci de faire parvenir une ordonnance 1 mois avant le séjour Précisez :		
• Baignade		
Sait nager		
Si oui autorise le vacancier à se baigner sans surveillance		
• Argent de poche		
A la valeur de l'argent		
Gère son argent		
• Sexualité		
Gère sa sexualité		
Moyen de contraception ? Si oui, lequel :		
• Vêtements		
Gère ses vêtements seul		
Reconnait ses vêtements		

VIE QUOTIDIENNE	Seul	Stimulation verbale	Guidance gestuelle
• Alimentation			
Mange			
Boit			
		OUI	NON
Risque de fausse route			
Faut-il une alimentation mixée			
Faut-il une alimentation coupée fin			
Régime alimentaire : si oui précisez lequel et fournir le protocole : Précisez :		OUI	NON
Potomie			
Trouble alimentaire :			
Allergie alimentaire :			

• Toilette	Seul	Stimulation verbale	Guidance gestuelle
Fait sa toilette			
Se lave les dents			
Se lave le dos			
Se lave les cheveux			
S'habille			
Se déshabille			
Se rase / se coiffe			
Se chausse			
Va aux toilettes			

RELATION AVEC	B	R	TA	I
Vacanciers				
Encadrement				
Hommes				
Femmes				
Enfants				
Inconnus				
Animaux				

ÉNURÉSIE Si oui, prévoir les protections	OUI	NON
Énurésie nocturne		
Énurésie diurne		
ENCOPRÉSIE Si oui, prévoir les protections	OUI	NON
Encoprésie nocturne		
Encoprésie diurne		

ADDICTIONS	O	N	P
Tabac nombre de cigarettes par jour :			
Alcool			
Café			
Nourriture			
Autres, précisez :			

• Communication	Seul	Stimulation verbale	Guidance gestuelle
Parle			
Comprend			
Sait se faire comprendre			
Sait lire			
Sait écrire			
Sait lire l'heure			
Voit			
Entend			

O = Oui / N=Non / P = Partiellement / B = Bon / R = Réserve / TA = Très affectueux / I = Isolé / ST = Stabilisé

NOM Prénom du Vacancier		Groupe sanguin :
Destination / dates		

CAPACITÉS PHYSIQUES / APPAREILLAGE	OUI	NON
• Marche		
Bon marcheur		
Fatigable		
Très limité		
Canne		
Chaussures orthopédiques		
• Monte les escaliers		
• Perte d'équilibre		
• Vertiges		
• Peut dormir dans un lit superposé (si incapacité, suppl. de 38€)		

TROUBLE DE L'OUÏE	OUI	NON
Porte un appareil auditif oreille gauche		
Porte un appareil auditif oreille droite		
Si oui, gère-t-il ses appareils ? <small>Si OUI, nous nous dégageons de toutes responsabilités en cas de casse et perte.</small>		
N'entend pas		
TROUBLE DE LA VUE	OUI	NON
Porte des lunettes		
Porte des lentilles		
Si oui, gère-t-il ses appareils ? <small>Si OUI, nous nous dégageons de toutes responsabilités en cas de casse et perte.</small>		
Mal voyant (supplément de 145 € d'accompagnement renforcé)		
Non voyant (supplément de 145 € d'accompagnement renforcé)		

COMPORTEMENT	OUI	NON
Crise d'angoisse		
Délires		
Troubles obsessionnels		
Phobies :		
Comportement exhibitionniste		

AGRESSIVITÉ	OUI	NON
Envers lui		
Envers les autres		
Envers les objets		
• Vol, cleptonamie ?		
• A-t-il conscience du danger ?		
• Tendance à fuguer		
• Tendance à errer		
• A-t-il un bon sommeil ?		

Se lève la nuit		
Se lève tôt, si oui précisez l'heure :		
A un lever difficile		
Fait la sieste		
Se couche tôt, si oui précisez l'heure :		
• A-t-il des rituels ?		
Si oui, précisez :		

TROUBLES DIVERS	OUI	NON
• Diabète (pas plus de 2 injections par jour, notamment pendant les jours de convoyage où nous sommes dans l'incapacité de les effectuer)		
Gère seul		
Besoin IDE, si oui fréquence :fois/jour		

TROUBLES DIVERS		
• Épilepsie	OUI	NON
Stabilisé (doit être stabilisée, dans le cas contraire nous ne pourrons pas accueillir la personne)		
Malgré l'épilepsie, baignade autorisée ? <small>Si oui, joindre un certificat médical autorisant la baignade</small>		
• Asthme		
• Cardiopathie		
• Autisme		

ATTENTION ET SOINS PARTICULIERS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE D'URGENCE

Je soussigné,, agissant en qualité de, de M

1/ Autorise le responsable du séjour, après consultation du praticien à faire donner tous les soins médicaux que nécessiterait l'état de santé du vacancier dont son hospitalisation voire une intervention chirurgicale.

2/ Prendra en charge la totalité des dépenses ainsi engagées pour le compte du vacancier par Le Domaine de KABY

Fait à, le

Signature : Mention "Lu et approuvé"

Je soussigné,, agissant en qualité de, certifie que les informations précisées dans cette fiche de connaissance sont exactes. J'ai bien noté que toute fausse déclaration ou information volontairement omise concernant le vacancier et pouvant porter préjudice à son accompagnement, pourra faire l'objet d'une annulation d'inscription de notre part ou un rapatriement si le séjour est commencé sans aucun dédommagement ou indemnité.

Fait à, le

Signature :

Si nécessaire, pour toute information complémentaire concernant le profil de la personne, vous pouvez nous joindre le complément sur papier libre.



Rappel : avant de remplir ce document, assurez vous que les capacités d'autonomie (et comportementales) de votre protégé correspondent au séjour choisi il en relève de votre responsabilité. Véhicules, locaux et matériels ne sont ni aménagés, ni médicalisés.

Nous nous réservons le droit de refuser un vacancier dont l'autonomie serait jugée non conforme aux conditions d'accueil et d'accompagnement mises en place pour le séjour, et ce, à n'importe quel moment.

NOM et Prénom du Vacancier		FICHE DE CONNAISSANCE Autonomie B
Destination / dates		
		Impossible pour ce niveau d'autonomie

AUTORISATIONS	OUI	NON
• Sorties		
Seul (sans accompagnateur)		
En petit groupe (sans accompagnateur)		
Seul après un repérage des lieux		
Sait s'orienter dans un lieu inconnu		
Traverse la chaussée sans danger		
Sait demander son chemin		

• Traitements médicaux		
A-t-il un traitement médical ?		
Gère-t-il ses médicaments ?		
A-t-il des soins médicaux à réaliser par une IDE durant le séjour ? (*) Si oui, merci de faire parvenir une ordonnance 1 mois avant le séjour		
Précisez :		

• Baignade		
Sait nager		
Si oui autorise le vacancier à se baigner sans surveillance		

• Argent de poche		
A la valeur de l'argent		
Gère son argent		

• Sexualité		
Gère sa sexualité		
Moyen de contraception ?		
Si oui, lequel :		

• Vêtements		
Gère ses vêtements seul		
Reconnaît ses vêtements		

RELATION AVEC	B	R	TA	I
Vacanciers				
Encadrement				
Hommes				
Femmes				
Enfants				
Inconnus				
Animaux				

Addictions	O	N	P
Tabac nombre de cigarettes par jour :			
Alcool			
Café			
Nourriture			
Autres, précisez :			

O = Oui / N=Non / P = Partiellement / B = Bon / R = Réservé / TA = Très affectueux / I = Isolé / ST = Stabilisé

VIE QUOTIDIENNE	Seul	Stimulation verbale	Guidance gestuelle
• Alimentation (ATTENTION PAS D'AIDE)			
Mange			
Boit			

	OUI	NON
Risque de fausse route		
Faut-il une alimentation mixée		
Faut-il une alimentation coupée fin		
Régime alimentaire : si oui précisez lequel et fournir le protocole :	OUI	NON
Précisez :		
Potomie		
Trouble alimentaire :		
Allergie alimentaire :		

• Toilette (ATTENTION PAS D'AIDE)	Seul	Stimulation verbale	Guidance gestuelle
Fait sa toilette			
Se lave les dents			
Se lave le dos			
Se lave les cheveux			
S'habille			
Se déshabille			
Se rase / se coiffe			
Se chausse			
Va aux toilettes			

ÉTURÉSIE Si oui, prévoir les protections et doit savoir gérer le change seul	OUI	NON
Énurésie nocturne. Fréquence des changes :		
Énurésie diurne. Fréquence des changes :		
ENCOPRÉSIE Si oui, prévoir les protections		
Énurésie nocturne. Fréquence des changes :		
Énurésie diurne. Fréquence des changes :		

• Communication	Seul	Stimulation verbale	Guidance gestuelle
Parle			
Comprend			
Sait se faire comprendre			
Sait lire			
Sait écrire			
Sait lire l'heure			
Voit			
Entend			

TROUSSEAU / INVENTAIRE ÉTÉ (à titre indicatif)

Nom : Prénom : Etablissement :

- Le linge est-il marqué ? Non Oui, sous quelle forme ?
- A-t-il des papiers ? Non Oui, lesquels ?
- Est-il venu avec de l'argent de poche ? Non Oui

Nbre conseillé	Articles	Nbre à l'arrivée	Détail	Nbre au départ	Nbre conseillé	Articles	Nbre à l'arrivée	Détail	Nbre au départ
7	Slip/culottes					Chaussures de ville			
	Caleçon					Chaussures de marche			
4	Soutien-gorge				1	Baskets			
7	Chaussette				1	Chaussons			
2	Pyjama complet					Bottes Plastiques			
	Chemise de nuit				1	Sandales/nu-pieds			
	Robe de chambre				1	Trousse de toilette			
	Combinaison				2	Linge de Toilette			
2	Chemise/chemisette				3	Gant de toilette			
	Chemisier					Rasoir électrique			
	Pull col V					Serviette de table			
3	Pull ras le cou					Appareil photo			
	Sweat-shirt					Radio			
1	Sweat shirt polaire					Poste CD			
4	Tee-shirt					Radio réveil/Réveil			
2	Débardeur					MP3/Clé USB			
	Polo					Lampe électrique			
1	Gilet					Portefeuille			
	Robe					Porte-monnaie			
	Jupe					Sac à main			
2	Jeans					Sacoches/banane			
1	Pantalon en toile				1	Valise			
	Pantacourt					Sac à dos			
	Pantalon Jogging				1	Sac de voyage			
	Survêtement					Montre			
	Blouson					Téléphone			
	Veste					Lunette de vue			
	Coupe vent					Lunette de soleil			
1	Short					Appareil auditif			
1	Bermuda					Dentier			
1	Maillot de bain					Chaussures orthopédiques			
1	Linge de bain								

Autres :

.....

.....

.....

.....

.....

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

Inventaire Arrivée réalisé par Le

Inventaire Départ réalisé par Le

TROUSSEAU / INVENTAIRE HIVER (à titre indicatif)

Nom : Prénom : Etablissement :

- Le linge est-il marqué ? Non Oui, sous quelle forme ?
- A-t-il des papiers ? Non Oui, lesquels ?
- Est-il venu avec de l'argent de poche ? Non Oui

1Nbre conseillé	Articles	Nbre à l'arrivée	Détail	Nbre au départ	Nbre conseillé	Articles	Nbre à l'arrivée	Détail	Nbre au départ
7	Slip/culottes					Chaussures de ville			
	Caleçon					Chaussures de marche			
4	Soutien-gorge				1	Baskets			
7	Chaussette				1	Chaussons			
2	Pyjama complet				1	Bottes Plastiques			
	Chemise de nuit					Après-ski			
	Robe de chambre				1	Trousse de toilette			
	Combinaison				3	Linge de Toilette			
2	Chemise				3	Gant de toilette			
	Chemisier					Rasoir électrique			
	Pull col roulé					Serviette de table			
2	Pull ras le cou					Appareil photo			
	Sous-pull					Radio			
2	Sweat-shirt					Poste CD			
1	Sweat shirt polaire					Radio réveil			
4	Tee-shirt					MP3/Clé USB			
	Polo					Lampe électrique			
1	Gilet					Portefeuille			
	Robe					Porte-monnaie			
	Jupe					Sac à main			
3	Jeans					Sacoche/banane			
	Pantalon en toile					Valise			
	Pantalon velours				1	Sac à dos			
	Pantalon de ski				1	Sac de voyage			
	Survêtement					Montre			
	Blouson					Téléphone			
	Manteau					Lunette de vue			
1	Anorak/Doudoune					Lunette de soleil			
1	Bonnet					Appareil auditif			
1	Gants					Dentier			
	Kway					Chaussures orthopédiques			

Autres :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....


.....

Inventaire Arrivée réalisé par **Le**

Inventaire Départ réalisé par **Le**



CONSIGNES GÉNÉRALES

Le jour du départ 



J'ai mis les **étiquettes bagages** sur ma valise et sur mon sac à dos



J'AI MIS DANS MON SAC À DOS :



1 petite bouteille d'eau



Des vêtements de rechange si j'en ai besoin



Les médicaments pour la journée



Ma convocation voyage

Si je suis convoqué-e **avant 13h00**



Je prends un pic-nic

Si je suis convoqué-e **après 13h00**

Je mange et je prends mes médicaments de midi avant de venir



Je prends ma carte d'identité
en cours de validité.
Et si je le souhaite je
peux la confier à un animateur.



Je prends ma carte
VITALE au cas où !



Je prends mon **argent de poche**
(Nous vous conseillons
entre 15 et 30 euros
par semaine de vacances)

Sur le lieu de départ 

Quand j'arrive, je donne à l'animateur :

1 semainier rempli de mon traitement nécessaire pour tout le séjour
1 ordonnance de renouvellement de mon traitement de moins de 3 mois
1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale



CONSIGNES GÉNÉRALES

1 mois avant le départ 



Si j'ai quelques choses de particulier à signaler !

*Bien entendu 
Cela restera entre nous !*



Je peux l'exprimer en appelant le **DOMAINE DE KABY**
au **06.46.20.05.48**



ou en envoyant un courrier en expliquant
les points importants à retenir



Si je suis **épileptique**,
J'envoie mon **certificat médical** 
NON CONTRE INDICATION À LA BAIGNADE



Si pendant le séjour,
J'ai besoin d'une infirmière (diabète, injection,...)
J'envoie l'**ordonnance** à **DOMAINE DE KABY** 

tous les documents sont à envoyés à l'adresse suivante

LE DOMAINE DE KABY
Lieu dit Lascazes - 461 impasse de lascazes - 12350 Maleville