

DOSSIER D'INSCRIPTION SEJOURS VACANCES 2018

NOM - PRENOM de l'enfant :

DATE DE NAISSANCE / / SEXE

Votre enfant est déjà venu en : 2017

PAQUES : 2 semaines 1 semaine du au

JUILLET : 3 semaines 2 semaines du au

AOUT : 4 semaines 2 semaines du au

**Pour la validation de votre demande,
Toutes les rubriques doivent être complétées par la personne
désignée, puis l'intégralité du dossier et des documents obligatoires
doivent être renvoyés ensemble**

A REMPLIR PAR LA FAMILLE.....	2
Représentant légal.....	4
Renseignements concernant l'assuré et la sécurité sociale	4
Le séjour.....	6
A REMPLIR PAR L'INSTITUT.....	9
Bilan éducatif 2018 - à remplir par le référent de l'institut ou de l'école	9
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT	11
Fiche Médicale - Peut-être renvoyée séparément à l'attention du Docteur GUILLOT.....	11
Traitement 2018	13
Attestation médicale 2018	14

Adresse de retour :

GRILLONS ET CIGALES, 1 rue du Docteur RAFIN, 69009 LYON

Pour toute question, n'hésitez pas à contacter le secrétariat **le matin uniquement**, au 04 78 83 40 83 ou par mail grillons-et-cigales@wanadoo.fr

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER

- Ordonnance valable à la date du séjour,
- Attestation CPAM ou de la MUTUELLE de l'année en cours, avec adresse valide à la date du séjour,
- Chèque de règlement du séjour,
- Photocopie du carnet de santé complet pour les jeunes qui viennent pour la 1ère fois,
- Pour les « anciens », photocopie des nouvelles vaccinations,
- Copie du projet individuel le cas échéant.

A REMPLIR PAR LA FAMILLE

Autorisation de diffusion d'images

Je soussigné(e) :en qualité de
représentant légal de l'enfant

- autorise - n'autorise pas

L'Association GRILLONS ET CIGALES à utiliser des photos et des vidéos avec la présence de
mon enfant, inscrit dans l'établissement de RONNO dans le cadre de la communication qui
sera faite sur les séjours (journal, plaquette, films, CD ...)

Fait à..... le20.....

SIGNATURE (précédée de "Lu et approuvé")

Fiche de connaissance de l'enfant

Pour nous permettre, dès le début, de bien connaître votre enfant, merci de répondre aux questions suivantes :

VISION	ŒIL DROIT :	ŒIL GAUCHE :	
	Port de LUNETTES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Port de LENTILLES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Port de PROTHESES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
AUDITION	Entend-il normalement ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Est-il appareillé ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
LANGAGE	Parle t-il normalement ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
SINON de quelle manière communique t-il ?			

DEPLACEMENT	Comment se déplace-t-il ?	SEUL <input type="checkbox"/>	AVEC AIDE <input type="checkbox"/>	AVEC FAUTEUIL <input type="checkbox"/>	UN
AUTONOMIE	Mange t-il seul ?	OUI <input type="checkbox"/>	AVEC AIDE <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

	Mange t-il mouliné ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
	Se lave t-il seul ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
	S'habille t-il seul ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
	Est-il propre :	le jour ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
		la nuit ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Porte t-il des couches ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
	A t-il un sommeil régulier ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
	Est-il autorisé à pratiquer des activités physiques ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

TRAITEMENT MEDICAL REGULIER :	A t-il un traitement médical régulier ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---	------------------------------	------------------------------

Joindre obligatoirement les ordonnances valables pour la durée du séjour. **En l'absence d'ordonnance à jour la visite de renouvellement sera facturée au représentant légal.**

CARTE D'INVALIDITE :		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--	------------------------------	------------------------------

Si oui, elle devra être **apportée lors du séjour.**

Commentaires permettant de mieux connaître l'enfant :

Représentant légal

Parents

NOM-PRENOM :
ADRESSE:.....
E-MAIL :.....TELEPHONE :.....
PORTABLE mère :..... PORTABLE père :
Profession des parents : Père..... Mère.....
Situation des parents : mariés divorcés veuf (ve) vie maritale célibataires

Famille d'accueil

NOM-PRENOM :
ADRESSE:.....
TELEPHONE :.....

Personne joignable en permanence EN CAS D'URGENCE

Cette personne devra être facilement joignable pendant le séjour

NOM-PRENOM :
ADRESSE:.....
TELEPHONE :.....
Lien de parenté avec l'enfant : Famille d'accueil : oui

1. «J'atteste sur l'honneur avoir fourni l'intégralité des renseignements demandés sur ce dossier et leur exactitude »
2. «Je m'engage à signaler à l'Association toute modification, concernant les renseignements administratifs et médicaux, qui interviendraient avant le début du séjour de mon enfant.
Dans le cas contraire les frais de rapatriement éventuel resteraient à ma charge»

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Date :

Renseignements concernant l'assuré et la sécurité sociale

(Valables pendant toute la durée du séjour de l'enfant)

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE :
NOM de JEUNE FILLE :
ADRESSE DE L'ASSURE :
N° de SECURITE SOCIALE de L'ASSURE (15 chiffres) :
NOM de la CPAM :
ADRESSE COMPLETE :

IMPORTANT : L'attestation CPAM doit être obligatoirement jointe au dossier. Elle doit comporter la bonne adresse (si déménagement dans l'année)

Fiche de remboursements de soins médicaux

Autorisation de payer les prestations à un tiers délégué (Article R.362.1 du Code de la Sécurité Sociale)

Je soussigné(e)
Domicilié(e)
N°d'immatriculationdéclare par la présente, autoriser
l'Association GRILLONS ET CIGALES, 1 rue du Dr RAFIN 69009 LYON, à percevoir pour moi les
prestations de Sécurité Sociale en remboursement des frais médicaux avancés pendant le mois
de :

Juillet août 20.....

Pour le séjour de (NOM – PRENOM de l'enfant)..... Né(e)le

Fait à le20.....
Signature de l'Assuré (OBLIGATOIRE) :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fausses déclarations ou de fraude (Article L.377.1 du Code de la Sécurité Sociale – Article L.441.1 du Code pénal)

Autorisation d'hospitalisation 2018

Je soussigné(e) :

Domicilié(e) :

Responsable légal(e) de l'enfant :.....

Né(e) le :

Autorise la Direction de l'Association GRILLONS ET CIGALES située au Col du Pilon 69550
RONNO à faire appliquer pendant la durée du séjour :

- les traitements médicaux, paramédicaux jugés nécessaires,
- à procéder aux hospitalisations nécessaires, y compris en mon absence,
- à faire pratiquer les interventions chirurgicales urgentes et non urgentes et les anesthésies nécessaires aux soins chirurgicaux,
- à effectuer la sortie de l'hôpital de mon enfant après son séjour hospitalier.

Fait à, le2018...
SIGNATURE du responsable légal (précédée de « Lu et approuvé ») :

Le séjour

L'accueil au centre de Ronno, pour le 1^{er} jour des vacances se fait de 9h à 16h.

L'équipe vous proposera pour ce jour d'accueil, de partager un repas, qui sera suivi d'une visite pour la découverte du centre et de la chambre de votre enfant.

Pour la réservation, un seul tableau doit être complété, selon la durée de séjour choisie (1 mois ou 15 jours).

Trajets accompagnés

Des trajets accompagnés vous sont proposés, pour les grands et petits séjours pour les enfants ne pouvant être accompagnés jusqu'au centre de Ronno, selon différents moyens de transports (cf. tableaux de réservation).

Vous pouvez confier vos enfants aux accompagnateurs à :

- Lyon, Part – Dieu
- Paris, Gare de Lyon
- Marseille (sous réserve d'un nombre suffisant de réservation)
- Sur place

Lieux de rendez-vous pour le début et le retour des vacances :

- Pour Lyon, Part – Dieu : dans la gare, devant le magasin FNAC
- Pour Paris, Gare de Lyon : devant le Monteux jazz café devant les voies A à G
- Marseille : selon les modalités

Une confirmation de la réservation du voyage vous sera transmise avec le courrier validant l'inscription de votre enfant.

IMPORTANT : Vous n'avez pas la charge de la réservation si vous souhaitez bénéficier des trajets accompagnés. L'association se charge de la réservation – y compris des billets de train – pour l'ensemble du groupe.

Trajets non accompagnés

Dans le cas où le jeune voyage seul, une réservation ACCES PLUS est obligatoire à l'aller et au retour. ACCES PLUS : 0 890 640 650 (gratuit)

Règlement du séjour

Pour valider l'inscription, les modalités de règlement du montant total du séjour doit être impérativement joint ("tarif séjour" + "tarif trajet" du tableau ci-dessous).

Plusieurs moyens de paiement sont possibles pour régler le séjour :

- 1 chèque au nom de GRILLONS ET CIGALES qui sera encaissé en avril ou mai pour la partie famille (290€)
- 3 chèques sans frais au nom de GRILLONS ET CIGALES (préciser les mois au dos, avril-mai-juin)
- Virement bancaire (**bien spécifier le nom de l'enfant - à faire avant le séjour**) sur le compte CREDIT MUTUEL N° 10278 07312 00020398101 82
IBAN : FR76 BIC : CMCIFR2A -
en date du :
- Facture demandée au nom de :

MOYENS D'AIDE FINANCIERE

- Bon CAF
- AEEH complémentaire à demander à la MDPH : voir avec votre assistante sociale
- Aide aux vacances VOIR ENSEMBLE (dossier sur demande)
- Chèque vacances
- Comité d'entreprise
- Mairie
- Conseil régional
- Mutuelle

N'hésitez pas à contacter votre Assistante Sociale ou à contacter GRILLONS ET CIGALES pour plus d'informations.

AGRAFER VOS CHEQUES ICI (pour éviter toute perte). MERCI

Grands séjours	Dates de séjour	TARIFS SEJOUR	Trajets accompagnés (non-obligatoire)		TARIFS TRAJET	TOTAL TARIFS (séjour+ trajet éventuel à compléter)
<u>PÂQUES</u> :	<input type="checkbox"/> du samedi 14 avril au samedi 28 avril	Surcoût lié au handicap 1510€ 1800€ dont 290€ frais péda+transport	ALLER	<input type="checkbox"/> Arrive directement au centre <input type="checkbox"/> Train Paris → Lyon Part Dieu → Amplepuis →navette Ronno	-50€	...
			RETOUR	<input type="checkbox"/> Départ du centre <input type="checkbox"/> Train Amplepuis→Lyon Part Dieu→Paris		
			ALLER	<input type="checkbox"/> Arrive directement au centre <input type="checkbox"/> Train Paris gare de Lyon --Amplepuis	-50€	
			RETOUR	<input type="checkbox"/> Mini bus Marseille → Ronno si effectif suffisant <input type="checkbox"/> départ du centre <input type="checkbox"/> Train Amplepuis --Lyon Paris <input type="checkbox"/> Mini bus Ronno→Marseille si effectif suffisant	35€	
<u>JUILLET</u> :	<input type="checkbox"/> lundi 09 au samedi 28 juillet	Surcoût lié au handicap 1870€ 2160€ dont 290€frais péda+transport				...
<u>AOÛT</u> :	<input type="checkbox"/> du lundi 30 juillet au samedi 25 août	Surcoût lié au handicap 2710€ 3000€ dont 290€ frais péda+transport				...

Petits séjours	TARIFS	Trajets accompagnés (non-obligatoire)		TARIFS TRAJET	TOTAL TARIFS (séjour trajet éventuel compléter) + à
<p>QUINZAINE DE PÂQUES</p> <p><input type="checkbox"/> du samedi 14 avril au samedi 21 avril</p> <p><input type="checkbox"/> du samedi 21 avril au samedi 28 avril</p>	<p>Surcoût lié au handicap 610€ 900€ dont 290€ frais péda+transport</p>	<p>ALLER</p>	<p><input type="checkbox"/> arrive au centre</p> <p><input type="checkbox"/> Train Paris gare de Lyon → Lyon Part Dieu → Amplepuis →</p>	<p>-50€</p>	<p>...</p>
		<p>RETOUR</p>	<p><input type="checkbox"/> départ du centre</p>		
		<p><input type="checkbox"/> Train Amplepuis → Lyon Part Dieu → Paris gare de Lyon</p>			
		<p><input type="checkbox"/> gare de la Part Dieu Lyon</p>			
<p>QUINZAINE D'ETE</p>	<p>Surcoût lié au handicap 1510€ 1800€ dont 290€ frais péda+transport</p>	<p>ALLER</p>	<p><input type="checkbox"/> Navette Lyon Part Dieu → Ronno</p>		<p>...</p>
<p><input type="checkbox"/> du LUNDI 9 au mercredi 18 juillet</p>			<p><input type="checkbox"/> arrive au centre</p>	<p>-50€</p>	
<p><input type="checkbox"/> du mercredi 18 au samedi 28 juillet</p>			<p><input type="checkbox"/> Train Paris → Ronno</p>		
<p><input type="checkbox"/> du lundi 30 au samedi 11 août</p>		<p>RETOUR</p>	<p><input type="checkbox"/> Navette Ronno → Lyon Part Dieu</p>		
<p><input type="checkbox"/> du samedi 11 au samedi 25 août</p>			<p><input type="checkbox"/> Mini-bus Ronno → Marseille si effectif suffisant</p>	<p>35€</p>	
			<p><input type="checkbox"/> Train Ronno → Paris</p>		

A REMPLIR PAR L'INSTITUT

**Bilan éducatif 2018 - à remplir par le référent de l'institut
ou de l'école**

NOM de l'enfant :

PRENOM :

INSTITUTION, CENTRE ou ECOLE où est scolarisé l'enfant :

NOM et adresse :

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

NOM ASSISTANTE SOCIALE ou référent :

FONCTION :

Tél.

Niveau scolaire : Service :.....

Pour les jeunes scolarisés, Merci de joindre une copie de leur PROJET INDIVIDUEL

Le Centre ou l'Institut s'engage à indiquer à l'Association, par courrier, toute modification intervenue entre la date à laquelle a été établi le bilan éducatif et le début du séjour du jeune.

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé") :

Informations pouvant permettre le bon déroulement du séjour

VIE QUOTIDIENNE :

Les habitudes au lever :

La toilette :

La prise des médicaments : (modalités)

Habitudes au coucher :

Son sommeil :

L'habillement :

Les repas (régime, allergies, goûts...) : **Seuls les REGIMES prescrits par un médecin seront pris en compte par GRILLONS ET CIGALES. JOINDRE OBLIGATOIREMENT l'ordonnance**

Remarques

Grillons & Cigales

ACTIVITES : (activités pratiquées, loisirs appréciés...)

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

COMPORTEMENT AVEC LES AUTRES : (enfants, adultes, vie collective...)

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

PROBLEMES SPECIFIQUES POSES PENDANT L'ANNEE ECOULEE

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

OBSERVATIONS pour une meilleure prise en charge pendant le séjour :

.....
.....

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Fiche Médicale - Peut-être renvoyée séparément à l'attention du Docteur GUILLOT

NOM de l'enfant : PRENOM :
 DATE de naissance : Sexe : M ou F
 TAILLE de l'enfant : POIDS :
 COORDONNEES DU MEDECIN :
 NOM : TELEPHONE :
 ADRESSE :
 TEL. (ou vous joindre pendant le séjour ou votre remplaçant) :

ANTECEDENTS

- 1 - MALADIES CONTRACTEES (date et nature), et séquelles éventuelles :
 ... / ... / :
 ... / ... / :
 ... / ... / :
- 2 - INTERVENTIONS CHIRURGICALES (date et nature) et séquelles éventuelles :
 ... / ... / :
 ... / ... / :
 ... / ... / :
- 3 - SUIVI PSYCHOLOGIQUE et/ou PSYCHIATRIQUE : oui non
 Si oui : nom et numéro de téléphone du psychologue/pédopsychiatre :

- 4 - HOSPITALISATION : L'enfant a il été hospitalisé durant l'année écoulée ?
 Si oui pourquoi ?

- 5 - REGIME ALIMENTAIRE (médicalement justifié)

- 6 - ALLERGIES :
 - médicamenteuses :
 - alimentaires :
 - autres :
 Si l'enfant a déjà fait un choc allergique
 Quelle date ? Quel allergène ?
 Quel traitement ? Y a-t-il eu hospitalisation ?
- 7 - VACCINATIONS : l'enfant doit être à jour de vaccination pour être inscrit au centre :

DT POLIO :	ROR :
Hépatite B :	Test tuberculinique
AUTRES :	

PATHOLOGIE OPHTALMOLOGIQUE

- Origine et nature de la déficience visuelle :
- Acuité visuelle (de près et de loin) : Œil droit :
Œil gauche :
- Soins oculaires (journallement ou occasionnellement) :
- L'enfant porte une prothèse oculaire ? Si oui, doit-il l'enlever ?

PATHOLOGIE ASSOCIEE

- Epilepsie ? Pan hypopituitarisme ? Diabète ?
- Autres pathologies associés à la déficience visuelle :
- Troubles moteurs (origine et manifestations) :
- Troubles mentaux (difficultés d'expression et de compréhension) :
- Troubles du comportement (repli sur soi, agressivité, jalousie)
- Autres informations médicales importantes à connaitre :

Traitement 2018

**L'enfant devra arriver avec la quantité suffisante de médicaments
Pour l'ensemble du séjour et les ordonnances valables pour son traitement.**

NOM de l'enfant : PRENOM :

Traitement quotidien (préciser nom – dose – fréquence)

➤ Oral :

.....

.....

➤ Oculaire:

.....

➤ Injectable : (en cas de stylo auto injectable, fournir impérativement un mode d'emploi)

.....

➤ Autre :

.....

Traitement occasionnel

.....

.....

.....

.....

.....

ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

L'état de santé de l'enfant impose t-il des restrictions ?

.....

.....

.....

.....

Attestation médicale 2018

A faire remplir par l'OPHTALMOLOGUE ou le MEDECIN TRAITANT

Je soussigné, Docteur.....téléphone.....

Domicilié :

certifie que l'enfant :

Né(e) le :

- 1) est atteint de déficience visuelle (merci de préciser le degré) :.....
.....
- 2) certifie avoir fourni l'intégralité des renseignements sur ce dossier et leur exactitude concernant l'enfant
- 3) certifie que son état de santé est compatible avec son accueil dans un centre de vacances, la vie en collectivité, et qu'il ne présente aucune pathologie aiguë ou non stabilisée.

Autres précisions utiles pour l'équipe qui accueillera l'enfant :

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

➤ Joindre une ordonnance pour le traitement en cours.

Fait àle20.....

SIGNATURE et CACHET obligatoires

EN CAS D'EVOLUTION DE L'ETAT DE SANTE DE L'ENFANT, IL EST IMPORTANT DE NOUS FAIRE PARVENIR AU PLUS VITE UNE NOUVELLE VERSION A JOUR DE CETTE FICHE MEDICALE.
--