

**A remplir en majuscules et renvoyer avec toutes les pièces demandées, au siège :**

- Par courrier : GRILLONS ET CIGALES : 1 rue du Docteur RAFIN, 69009 LYON
- Par mail : [grillons-et-cigales@wanadoo.fr](mailto:grillons-et-cigales@wanadoo.fr)

## **DOSSIER D'INSCRIPTION SEJOURS VACANCES 2017**

(Cocher la case souhaitée) (A remplir par le représentant légal)

# DATES DES SEJOURS PAGE 8

Ancienneté GRILLONS ET CIGALES :  2016  2015  2014  2013  2012  2011

**NOM de l'enfant :** .....

**PRENOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** ..... M  - F

### **PARENTS ou RESPONSABLE LEGAL :**

**NOM - PRENOM :** .....

**ADRESSE :** .....

**TELEPHONE :** ..... **PORTABLE mère :** .....

**E-MAIL :** ..... **PORTABLE père :** .....

Profession des parents : Père.....Mère.....

Situation de famille des parents : mariés  divorcés  veuf(ve)  vie maritale

**NOM - ADRESSE - TEL (famille d'accueil) :** .....

### **PERSONNE JOIGNABLE EN PERMANENCE PENDANT LE SEJOUR - En cas D'URGENCE :**

**NOM - PRENOM :** ..... **TELEPHONE:**.....

**Lien de parenté avec l'enfant :** ..... **Famille d'accueil :**  oui

**A signer par les parents ou le responsable légal :**

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 :**

# Grillons et Cigales Centre Pour Jeunes Déficients Visuels

## **FICHE DE CONNAISSANCE** : A remplir par la famille ou par l'établissement

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

**NOM de l'enfant** : ..... **PRENOM** : .....

**VISION** :     **ŒIL DROIT** : ..... **ŒIL GAUCHE** : .....

Port de LUNETTES :                     OUI                      NON

Port de LENTILLES :                    OUI                     NON

Port de PROTHESES :                   OUI                    NON

**AUDITION** :           Entend-il normalement ? :           OUI            NON

Est-il appareillé ? :           OUI            NON

**LANGAGE** :           Parle-t-il normalement ? :           OUI            NON

Sinon de quelle manière communique-t-il : .....

### **DEPLACEMENT** :

Comment se déplace-t-il ? : SEUL             AVEC DE L'AIDE             AVEC UN FAUTEUIL

### **AUTONOMIE – VIE QUOTIDIENNE** :

**LES REPAS** : Mange-t-il ?            seul :            OUI             NON             AVEC AIDE

  mouliné :            OUI             NON

**LA TOILETTE** : Se lave-t-il ?            seul :            OUI             NON             AVEC AIDE

Habitudes de la toilette : .....

.....

.....

**L'HABILLEMENT** : S'habille-t-il seul :            OUI             NON             AVEC AIDE

Habitudes habillement : .....

.....

.....

**LA PROPRETE** : Est-il propre : la nuit :            OUI             NON

  le jour :            OUI             NON

                        Porte-t-il des couches :            OUI             NON

**LA NUIT** :           A-t-il un sommeil régulier :            OUI             NON

Habitudes au lever : .....

.....

Habitudes au coucher : .....

.....

# Grillons et Cigales Centre Pour Jeunes Déficients Visuels

**ACTIVITES PHYSIQUES AUTORISEES** : OUI  .....NON

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

.....  
.....

**Quels sont les activités pratiquées, les loisirs appréciés :**

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

**COMPORTEMENT AVEC LES AUTRES :**

Sociabilité :	BONNE <input type="checkbox"/>	MOYENNE <input type="checkbox"/>	AUCUNE <input type="checkbox"/>
Troubles du comportement :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Agressivité physique ou verbale :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
A tendance à s'isoler :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

**PROBLEMES SPECIFIQUES POSES PENDANT L'ANNEE ECOULEE :**

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

**OBSERVATIONS – REMARQUES COMPLEMENTAIRES :**

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

**ETABLISSEMENT REFERENT DE L'ENFANT :**

**NOM et adresse :** .....  
.....  
.....

**NOM ASSISTANTE SOCIALE ou référent :** .....

**FONCTION :** ..... **Tél. :** .....

**Niveau scolaire :** ..... **Service :** .....

**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.**

2017

Fiche Médicale

A faire remplir par le MEDECIN TRAITANT

Confidentiel

(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. (où vous joindre pendant le séjour ou votre remplaçant) : .....

L'enfant est-il :

Asthmatique : OUI  NON

Epileptique : OUI  NON

Cardiaque : OUI  NON

Diabétique : OUI  NON

Si oui, y-a-t-il des injections ? OUI  NON

Injection pendant le séjour : OUI  NON

Si oui, à quel fréquence : .....

Allergique : OUI  NON

Si oui, précisez : .....

Régime alimentaire : OUI  NON

Si oui, précisez : .....

TRAITEMENT MEDICAL REGULIER : OUI  NON

➤ Oral :

.....

➤ Oculaire:

.....

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

.....

➤ Autre :

.....

Joindre obligatoirement les ordonnances valables pour la durée du séjour.

**HOSPITALISATION ou INTERVENTION CHIRURGICALE durant l'année écoulée ?**

**Nature de l'intervention + dates**

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

**VACCINATIONS :**

**L'enfant doit être à jour de vaccination pour être inscrit au centre :** Fournir la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé.

**PATHOLOGIE OPHTALMOLOGIQUE :**

Origine et nature de la déficience visuelle : .....

Soins oculaires (journallement ou occasionnellement) : .....

L'enfant porte une prothèse oculaire ? Si oui, doit-il l'enlever ? .....

**PATHOLOGIE ASSOCIEE**

- 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 : .....

**ATTESTATION MEDICALE 2017**

**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) :

    Œil droit : .....

    Œil gauche : .....

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 à .....le .....20.....

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.**

## **HOSPITALISATION – CONSULTATION MEDECINS – PHARMACIE**

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

### **AUTORISATION D'HOSPITALISATION 2017**

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 ....., le .....20.....

**NOM et PRENOM de l'ASSURE :** .....

**ADRESSE DE L'ASSURE :** .....

.....

.....

**N° de SECURITE SOCIALE de l'ASSURE : (15 chiffres) :** .....

**IMPORTANT : L'ATTESTATION CPAM doit être OBLIGATOIREMENT JOINTE AU DOSSIER.**

**Elle doit comporter la bonne adresse (si déménagement dans l'année)**

### **CARTE D'INVALIDITE**

Votre enfant a-t-il une CARTE d'INVALIDITE ? :  oui  non

Les enfants porteurs de la carte d'invalidité doivent l'apporter lors de leur séjour.

### **AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES**

Je soussigné(e) : «titre\_accueil» «nom\_accueil» «pren\_accueil» 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..... le .....20.....**SIGNATURE** (précédée de "Lu et approuvé")

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

Age : .....

## SEJOURS 2017

### Séjour à la semaine :

AVRIL	
<input type="checkbox"/> Séjour du 8 au 15 avril	<input type="checkbox"/> Séjour du 15 au 23 avril
JUILLET	AOUT
<input type="checkbox"/> Séjour du 8/07 au 15/07	<input type="checkbox"/> Séjour du 29/07 au 5/08
<input type="checkbox"/> Séjour du 15/07 au 22/07	<input type="checkbox"/> Séjour du 5/08 au 12/08
<input type="checkbox"/> Séjour du 22/07 au 29/07	<input type="checkbox"/> Séjour du 12/08 au 19/08
	<input type="checkbox"/> Séjour du 19/08 au 26/08

### FICHE VOYAGE ORGANISE PAR L'ASSOCIATION

<b>Aller</b>	<input type="checkbox"/> Vous arrivez directement à l'Etablissement de RONNO
	<input type="checkbox"/> Vous arrivez à la Gare de LYON Part Dieu + Navette RONNO
	<input type="checkbox"/> PARIS : transport assuré par car ou train. Vous serez contacté en mai 2017
<b>Retour</b>	<input type="checkbox"/> Vous partez directement de l'Etablissement de RONNO
	<input type="checkbox"/> Vous partez de la gare de LYON Part Dieu + Navette RONNO
	<input type="checkbox"/> PARIS : transport assuré par car ou train. Vous serez contacté en mai 2017

### Frais de transport inclus dans le tarif du séjour.



## REGLEMENT DU SEJOUR DE VACANCES Frais de transport inclus

- Ce prix comprend les transports
- Les activités proposées sont programmées sur 15 jours. Le choix d'une semaine ne garantit pas de participer à toutes les activités
- **Réduction** : Les enfants qui arriveront directement à RONNO auront une remise de 50 € sur leur séjour. Comme chaque année, le repas d'accueil à l'arrivée est gratuit.
- ✓ Coût du séjour de 1 semaine : ..... 800 €  
Dont 520 € de surcoût lié au handicap
- ✓ Cout du séjour de 2 semaines : ..... 1 550 €  
Dont 1270 € de surcoût lié au handicap
- ✓ Cout du séjour de 3 semaines : ..... 2 160 €  
Dont 1880 € de surcoût lié au handicap
- ✓ Déduction de 50 € si il n'y a pas de transport : ..... - 50 €
- ✓ TOTAL DU SEJOUR : .....€

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE REGLEMENT POUR VALIDATION.**

**Chaque inscription définitive fera l'objet d'un courrier et d'une facture.**

- 1 chèque au nom de GRILLONS ET CIGALES **qui sera encaissé en mai**
- 3 chèques sans frais (préciser les mois au dos, **qui seront encaissés en avril-mai-juin**) au nom de GRILLONS ET CIGALES
- Virement bancaire sur le compte du CIC en date du : ..... (**à faire avant le séjour**) – **Bien spécifié le nom de l'enfant**

Code banque	Code guichet	Numéro du compte	Clé RIB
10096	18543	00024296601	89

IBAN : FR76

BIC : CMCIFRPP



**Changement N° de compte**

**AGRAPHER VOS CHEQUES ICI (pour éviter toute perte). MERCI**

## **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.