

Grillons & Cigales

Séjours adaptés jeunes déficients visuels avec ou sans handicaps associés

DOSSIER D'INSCRIPTION SEJOURS 2019

NOM :

PRENOM :

Grillons et Cigales, centre pour jeunes déficients visuels
1 rue du Dr RAFIN 69009 LYON
04.78.83.40.83
grillons-et-cigales@wanadoo.fr

FICHE ADMINISTRATIVE

VOTRE ENFANT

NOM : PRENOM :

NE(E) LE : / / SEXE : F M

REPRESENTANT LEGAL

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

TELEPHONE :/...../...../...../..... PORTABLE :/...../...../...../.....

MAIL :@.....

Profession des parents :

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS

Concubinage Mariés Divorcés Veuf Célibataire

Si votre enfant est accueilli en famille d'accueil

COORDONNEES DE LA FAMILLE D'ACCUEIL

ADRESSE :

.....

TELEPHONE :/...../...../...../..... PORTABLE :/...../...../...../.....

TELEPHONE DE L'ASSISTANTE SOCIALE : /...../...../.....

PERSONNE JOIGNABLE DURANT LE SEJOUR EN CAS D'URGENCE

NOM : PRENOM :

TELEPHONE :/...../...../...../.....

LIEN AVEC L'ENFANT :

SIGNATURE

Comment s'inscrire ?



Étape 1 Définir l'autonomie :

Voir page 4 à 6 du dossier => 3 niveaux d'autonomie sont proposés :

- **Bonne autonomie : Encadrement classique**
- **Autonomie moyenne : Encadrement renforcé**
- **Autonomie faible : Encadrement individuel**

Étape 2 Choisir le(s) séjour(s) désiré(s) :

Voir tableau des séjours (page 7) => cocher le(s) séjour(s) voulu(s)

Étape 3 Calculer le tarif :

Tarif de base (part familiale) **300€** + Niveau autonomie/Durée séjour (ci-dessous)

Surcout	Bonne Autonomie	Autonomie moyenne	Autonomie faible
1 semaine	770€	840€	910€
2 semaines	1540€	1680€	1820€
4 semaines	3080€	3360€	3640€

Exemple de calcul pour un séjour de 4 semaines en faible autonomie 300€ + 3640€ = 3940€

Étape 4 Choix du voyage :

	ALLER	RETOUR
J'amène mon enfant au centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il prend le convoi au départ de Paris (G. de Lyon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il prend le convoi de Lille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il arrive à Lyon Part dieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'arrivée au centre se fait entre 10h et 17h, vous pouvez déjeuner avec l'équipe sur place.
Si la personne voyage seule le service 'Accès Plus' de la SNCF vous accompagne en gare (0890 640 650)
Une remise de 50€ sera faite sur le tarif si vous conduisez votre enfant au centre (A/R)

NOM : PRENOM :

DEPLACEMENTS : Comment votre enfant se déplace-t-il ?

- Seul Avec aide humaine
 Canne blanche / pré-canne Déambulateur / Tripode Fauteuil roulant

Remarques :

LANGAGE : Comment votre enfant communique-t-il ?

- Parle Avec des signes
 Avec des gestes/mimiques/attitudes corporelles Avec des pictogrammes/photos
 Cris Autres :

Comment doit-on communiquer avec votre enfant ?

- En parlant En parlant soutenu par des signes
 En parlant soutenu par des picto./photos Autres :

Remarques :

VISION : Comment votre enfant voit-il ?

- Cécité Déficience visuelle
 Difficulté dans la pénombre / la nuit Difficulté quand trop de luminosité
 Facilité visuelle A gauche A droite
 En haut En bas
 De près De loin

Votre enfant porte-t-il

- Des prothèses oculaires Œil gauche Œil droit
 Des lunettes de vue Des lunettes de soleil
 Des lentilles Œil gauche Œil droit

Remarques :

AUDITION : Votre enfant a-t-il des difficultés auditives ?

- Oui Non
 Si oui, porte-t-il Des appareils auditifs Oreille gauche Oreille droite
 Des implants cochléaires Oreille gauche Oreille droite

Remarques :

FICHE DE CONNAISSANCE DE L'ENFANT 2/3

NOM : PRENOM :

TOILETTE : Votre enfant se lave

- Seul Avec guidance verbale
 Avec une aide partielle Avec une aide totale

Habitudes importantes à connaître :

HABILLEMENT : Votre enfant s'habille

- Seul Avec guidance verbale
 Avec une aide partielle Avec une aide totale

Habitudes importantes à connaître :

REPAS : Votre enfant mange

- Seul Avec une aide partielle Avec une aide totale
Matériel : Set antidérapant Tour d'assiette Couvert adapté (à fournir)
Votre enfant risque-t-il de faire des fausses routes ? Oui Non
Texture : Mixé lisse Mixé gros ou mouliné Haché

Allergies :

Régimes :

Merci de fournir les certificats médicaux liés aux allergies et régimes

Habitudes importantes à connaître :

CONTINENCE : Votre enfant porte-t-il des protections ?

- Oui Non
 Le jour La nuit

Habitudes importantes à connaître :

FICHE DE CONNAISSANCE 3/3

NOM : PRENOM :

SOMMEIL : Votre enfant a-t-il un sommeil régulier ?

Oui Non

Habitudes à connaître pour le coucher :

.....

Habitudes à connaître pour le lever :

.....

Habitudes à connaître pour la nuit :

.....

COMPORTEMENT AVEC LES AUTRES : Votre enfant entre-t-il facilement en relation avec

Les autres enfants Oui Non

Les adultes Oui Non

Votre enfant a-t-il des difficultés de comportement de type

Agressivité envers les autres Oui Non

Agressivité envers lui-même Oui Non

Isolement Oui Non

Habitudes à connaître en cas de difficulté de comportement :

.....

ACTIVITES : Votre enfant peut-il pratiquer des activités physiques ?

Oui Non Quelles restrictions ?

.....

Quelles sont les activités et loisirs appréciés par votre enfant ?

.....

.....

Niveau scolaire : lecture braille, Oui/ Non écriture braille Oui/Non

calcul : Oui/Non braille gros caractères Utilisation d' un ordinateur Oui/Non

utilisation d'un téléphone portable Oui/Non

Étape 2

L'Association Grillons et Cigales propose différentes périodes de séjours de vacances pour votre enfant.

Merci de cocher le ou les séjour(s) pour lesquels vous souhaitez inscrire votre enfant.

Votre enfant est déjà venu en :

- 2018 2017 2016

DATES DES SEJOURS		
VACANCES D'AVRIL	<input type="checkbox"/> 13/04 au 20/04	<input type="checkbox"/> 20/04 au 27/04
JUILLET	<input type="checkbox"/> 08/07 au 19/07	<input type="checkbox"/> 19/07 au 31/07
AOÛT	<input type="checkbox"/> 03/08 au 14/08	<input type="checkbox"/> 14/08 au 26/08
VACANCES DE LA TOUSSAINT	<input type="checkbox"/> 19/10 au 26/10	<input type="checkbox"/> 26/10 au 02/11

Pour un séjour complet juillet ou aout cocher 2 cases

POUR LE TRAJET ALLER, je souhaite que mon enfant soit accompagné par les animateurs Grillons et Cigales pour le trajet au départ de :

- La gare de Lyon PART DIEU
 La gare de LYON à Paris
 La gare SAINT CHARLES de Marseille

POUR LE TRAJET RETOUR, je souhaite que mon enfant soit accompagné par les animateurs Grillons et Cigales pour le trajet jusqu'à :

- La gare de Lyon PART DIEU
 La gare de LYON à Paris
 La gare SAINT CHARLES de Marseille

POUR LE TRAJET ALLER, je dépose mon enfant directement au centre du Pilon à Ronno.

POUR LE TRAJET RETOUR, je dépose mon enfant directement au contre du Pilon à Ronno.

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

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

Un devis vous sera envoyé pour les demandes de financement aux différents organismes.

Pour remplir les dossiers AEEH – PCH – MDPH nous pouvons vous aider – contactez nous au 04 78 83 40 83

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 page 7).

Plusieurs moyens de paiement sont possibles pour régler le séjour :

- 1 chèque d'acompte de 300 euros à l'ordre de GRILLONS ET CIGALES qui sera encaissé dès réception du dossier d'inscription.
- 1 à 4 chèques du restant dû, à l'ordre de GRILLONS ET CIGALES (préciser les mois au dos pour encaissement).
- Virement bancaire (**bien spécifier le nom de l'enfant ou numéro de facture**) sur le compte CREDIT MUTUEL
IBAN : FR76 1027 8073 1200 0203 9810 182

Une facture acquittée vous sera envoyée lors du règlement de la totalité du séjour.

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

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, DVD ...)

Fait à..... le20.....
SIGNATURE (précédée de "Lu et approuvé")

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)
D'immatriculation (N°SS) déclare 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 les mois de : Février / Avril
/Juillet / Août / Novembre
Pour le séjour de (NOM – PRENOM de l'enfant)..... Né(e)le

Fait à le

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 2019

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

SIGNATURE du responsable légal (précédée de « Lu et approuvé »)

Fiche voyage (à conserver)

L'accueil au centre de Ronno, pour le 1^{er} jour des vacances se fait de 10h à 17h.

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 (Devant le magasin Fnac)
- Paris, Gare de Lyon (Devant le café Jazz Montreux, face aux voies A et G)
- Marseille (**sous réserve d'un nombre suffisant de réservations**) Devant le Mac Donald dans la gare

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 Montreux jazz café devant les voies A à G
- Marseille : Devant le Mac Do dans la gare.
- Lille rendez-vous devant la brasserie à la gare de **LILLE EUROPE**

Un éducateur vous appellera la veille du voyage pour confirmer avec vous.

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 pour l'aller et le retour. ACCES PLUS : 0 890 640 650 (service gratuit)

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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

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 nous pouvons 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 ?..... 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)
-
-
-
-

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 ?			

Autres informations médicales importantes à connaitre :

Traitement 2019

***L'enfant devra arriver avec la quantité suffisante de médicaments
Pour l'ensemble du séjour et les ordonnances à jour 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 2019

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 àle

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.
