



# CATALUNYA VACANCES

*été-automne 2020*



## ➤ Dossier d'inscription

### Dossier administratif

Cadre réservé au service

**Les inscriptions sont prises par ordre d'arrivée des dossiers. Nous faire parvenir le dossier d'inscription le plus rapidement possible et avant le 04 mai 2020**  
**Remplissez et renvoyez les 2 exemplaires du dossier d'inscription composé des 3 parties : « Dossier administratif » (p 21 à 24), « Dossier de santé » (p 25 à 28) « Renseignements de la personne » (p 29 à 32)**

#### ➤ Acompte et règlements :

➤ Vous envoyez le « dossier d'inscription » soit à la Fédération APAJH, soit à l'association départementale APAJH indiquée dans la présentation du séjour accompagné d'un acompte de 300 €

➤ Le service Vacances vous confirme la possibilité et les places disponibles sur le séjour choisi.

➤ **Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum un mois avant le séjour (Sauf accord écrit de prise en charge) Aucune inscription ou réservation ne pourra être faite par téléphone.**

Etes-vous adhérent APAJH ?  Oui  Non

Si non, contacter la Fédération APAJH ou l'association départementale APAJH selon le séjour choisi pour connaître le montant de la cotisation annuelle.

Souhaitez-vous prendre l'assurance-annulation ? (4% du prix du séjour)  Oui  Non

Bénéficiez-vous d'une aide d'un cofinanceur ?  Oui  Non

Si oui, laquelle ?  Du CGOS  
 Du CCE de la BNP  
 Du CCE du Crédit Lyonnais  
 Du CCE de la Caisse d'Epargne  
 De l'APAS

➤ Autre : lequel ? .....

Précisez au besoin votre n° d'adhérent : .....

#### ➤ Renseignements administratifs vacancier :

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Sexe :  Femme  Homme

Date et lieu de naissance :

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à : .....

Département ou pays :

N° de sécurité sociale : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Lieu et adresse de résidence habituelle  
Adresse(s), téléphone(s), mail(s) : .....

.....

.....

Établissement(s) fréquenté(s) :

Aucun  SAVS  FH  FO  ESAT

CAJ  MAS  FAM

Autre – Précisez :

Adresse(s), téléphone(s), adresse(s) électronique(s) :

.....

.....

.....

#### ➤ Contact(s) :

Personne (-s) à contacter en cas d'urgence (nom, lien de parentalité/fonction, téléphone, adresse électronique)  
**PAR ORDRE DE PRIORITÉ**

Nom, prénom, lien de parentalité / fonction, adresse complète et téléphone, adresse électronique :

→ .....

Tél : .....

Mail : .....

→ .....

Tél : .....

Mail : .....

→ .....

Tél : .....

Mail : .....

Cadre réservé au service

➤ Séjour(s) vacances et adresse(s) d'expédition :

Séjour(s) souhaité(s)	Dates (à préciser)	Service organisateur	Transport collectif - Ville de départ : Paris ou Marseille (si proposé dans la fiche du séjour)

(Sous réserve d'affectation par le service Vacances-Loisirs organisateur)

	Nom et Prénom	Lien de parentalité / Fonction	Adresse complète	Téléphone	Adresse électronique
Personne chargée de l'inscription					
Où expédier les convocations et horaires de départ					
Où expédier la facture					

➤ Pour les personnes majeures sous tutelle ou les mineurs

Je soussigné(e) : .....

Né(e) le : .....

Domicilié(e) : .....

Agissant en qualité de : .....

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Vacances APAJH.

Joint au présent dossier administratif d'inscription, le dossier médical attestant qu'il n'y a pas d'interdiction médicale pour l'enfant ou l'adulte à être admis dans le séjour de vacances choisi.

Certifie être informé que le traitement auquel est soumis la personne lui sera administré, suivant les prescriptions de l'ordonnance médicale remise le jour du départ, sous l'autorité du responsable de séjour.

A cette fin, je certifie remettre au responsable de séjour les prescriptions médicales nécessaires.

Certifie être informé, qu'en cas d'urgence, le responsable de séjour pourra être amené, si l'état de santé de la personne l'exige, à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'administration d'actes de soins.

En qualité de tuteur, mon consentement devra être recueilli pour tous les actes ne revêtant pas un caractère d'urgence. Pour les actes urgents, le responsable de séjour devra m'informer le plus rapidement possible.

Dans tous les cas, le consentement de la personne majeure devra systématiquement être recherché après qu'il ait pu recevoir une information claire et adaptée à son degré de compréhension.

Seuls les actes à but thérapeutique urgent pourront être pris sans mon consentement et sans le consentement de la personne majeure si celle-ci n'a pu être trouvée.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable de séjour.

Certifie exact, lu et approuvé

A ....., le .....

Signature :

➤ Autorisation de prise et de diffusion de photographie(s) et de vidéo(s)

Je, soussigné : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Agissant en qualité de représentant légal de :

Nom : .....

Prénom : .....

**Autorise** (rayez les mentions inutiles) :

La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me ou le représentant.

La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) me ou le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient.

Dans le strict respect des valeurs de citoyenneté et de dignité défendues par la Fédération APAJH

Fait à : ....., le : .....

(Signature)

## ➤ Dossier d'inscription

### Dossier administratif

Cadre réservé au service

**Les inscriptions sont prises par ordre d'arrivée des dossiers. Nous faire parvenir le dossier d'inscription le plus rapidement possible et avant le 04 mai 2020**  
**Remplissez et renvoyez les 2 exemplaires du dossier d'inscription composé des 3 parties : « Dossier administratif » (p 21 à 24),**  
**« Dossier de santé » (p 25 à 28) « Renseignements de la personne » (p 29 à 32)**

#### ➤ Acompte et règlements :

➤ Vous envoyez le « dossier d'inscription » soit à la Fédération APAJH, soit à l'association départementale APAJH indiquée dans la présentation du séjour accompagné d'un acompte de 300 €

➤ Le service Vacances vous confirme la possibilité et les places disponibles sur le séjour choisi.

➤ **Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum un mois avant le séjour (Sauf accord écrit de prise en charge)**  
**Aucune inscription ou réservation ne pourra être faite par téléphone.**

Etes-vous adhérent APAJH ?  Oui  Non

Si non, contacter la Fédération APAJH ou l'association départementale APAJH selon le séjour choisi pour connaître le montant de la cotisation annuelle.

Souhaitez-vous prendre l'assurance-annulation ? (4% du prix du séjour)  Oui  Non

Bénéficiez-vous d'une aide d'un cofinanceur ?  Oui  Non

Si oui, laquelle ?  Du CGOS  
 Du CCE de la BNP  
 Du CCE du Crédit Lyonnais  
 Du CCE de la Caisse d'Epargne  
 De l'APAS

➤ Autre : lequel ? .....

Précisez au besoin votre n° d'adhérent : .....

#### ➤ Renseignements administratifs vacancier :

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Sexe :  Femme  Homme

Date et lieu de naissance :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à : .....

Département ou pays :

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Lieu et adresse de résidence habituelle  
Adresse(s), téléphone(s), mail(s) : .....

.....

.....

Établissement(s) fréquenté(s) :

Aucun  SAVS  FH  FO  ESAT

CAJ  MAS  FAM

Autre – Précisez :

Adresse(s), téléphone(s), adresse(s) électronique(s) : .....

.....

.....

.....

#### ➤ Contact(s) :

Personne (-s) à contacter en cas d'urgence (nom, lien de parentalité/fonction, téléphone, adresse électronique)  
**PAR ORDRE DE PRIORITÉ**

Nom, prénom, lien de parentalité / fonction, adresse complète et téléphone, adresse électronique :

→ .....

Tél : .....

Mail : .....

→ .....

Tél : .....

Mail : .....

→ .....

Tél : .....

Mail : .....

Cadre réservé au service

➤ Séjour(s) vacances et adresse(s) d'expédition :

Séjour(s) souhaité(s)	Dates (à préciser)	Service organisateur	Transport collectif - Ville de départ : Paris ou Marseille (si proposé dans la fiche du séjour)

(Sous réserve d'affectation par le service Vacances-Loisirs organisateur)

	Nom et Prénom	Lien de parentalité / Fonction	Adresse complète	Téléphone	Adresse électronique
Personne chargée de l'inscription					
Où expédier les convocations et horaires de départ					
Où expédier la facture					

➤ Pour les personnes majeures sous tutelle ou les mineurs

Je soussigné(e) : .....

Né(e) le : .....

Domicilié(e) : .....

Agissant en qualité de : .....

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Vacances APAJH.

Joint au présent dossier administratif d'inscription, le dossier médical attestant qu'il n'y a pas d'interdiction médicale pour l'enfant ou l'adulte à être admis dans le séjour de vacances choisi.

Certifie être informé que le traitement auquel est soumis la personne lui sera administré, suivant les prescriptions de l'ordonnance médicale remise le jour du départ, sous l'autorité du responsable de séjour.

A cette fin, je certifie remettre au responsable de séjour les prescriptions médicales nécessaires.

Certifie être informé, qu'en cas d'urgence, le responsable de séjour pourra être amené, si l'état de santé de la personne l'exige, à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'administration d'actes de soins.

En qualité de tuteur, mon consentement devra être recueilli pour tous les actes ne revêtant pas un caractère d'urgence. Pour les actes urgents, le responsable de séjour devra m'informer le plus rapidement possible.

Dans tous les cas, le consentement de la personne majeure devra systématiquement être recherché après qu'il ait pu recevoir une information claire et adaptée à son degré de compréhension.

Seuls les actes à but thérapeutique urgent pourront être pris sans mon consentement et sans le consentement de la personne majeure si celle-ci n'a pu être trouvée.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable de séjour.

Certifie exact, lu et approuvé

A ....., le .....

Signature :

➤ Autorisation de prise et de diffusion de photographie(s) et de vidéo(s)

Je, soussigné : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Agissant en qualité de représentant légal de :

Nom : .....

Prénom : .....

**Autorise** (rayez les mentions inutiles) :

La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me ou le représentant.

La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) me ou le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient.

Dans le strict respect des valeurs de citoyenneté et de dignité défendues par la Fédération APAJH

Fait à : ....., le : .....

(Signature)

# ➔ Dossier d'inscription

## Dossier de santé

Dossier à caractère confidentiel

À retourner avec le dossier administratif

Pour chaque inscription, remplissez le dossier d'inscription et le dossier de santé en 2 exemplaires ci-joints.

Nom du vacancier : .....

Date de naissance : ..... Poids : ..... Taille : .....

### ➔ Renseignements médicaux

Nomination de la pathologie : .....

Description aussi précise que possible du handicap : .....

État de santé général : .....

#### → Examen

→ Cardiaque : .....

→ Pulmonaire : .....

→ Digestif : .....

→ Uro-génital : .....

#### → Troubles divers

Troubles de la vue :  Oui  Non

Troubles de l'ouïe :  Oui  Non

Troubles caractériels :  Oui  Non

Troubles de la parole :  Oui  Non

Enurésie :  Oui  Non

Encoprésie :  Oui  Non

Ethylisme :  Oui  Non

Asthme :  Oui  Non

Y-a-t-il des problèmes

→ de transit / fécalome  Oui  Non

(joindre l'ordonnance du laxatif habituellement prescrit)

→ d'épisode de sub-occlusion  Oui  Non

→ d'épisode d'occlusion  Oui  Non

Est-il sujet à des crises comitiales ?  Oui  Non

Manifestation habituelle : .....

Fréquence : .....

Antécédents médicaux et chirurgicaux : .....

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre : .....

Pour les jeunes filles ou femmes, est-elle réglée ? :  Oui  Non

Sont-elles douloureuses ?  Oui  Non

Utilisation d'un moyen contraceptif :  Oui  Non

Si oui, lequel ? .....

Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire ? .....

Lequel ? .....

Les prescriptions : .....

La nourriture doit-elle être mixée ?  Oui  Non

Pré-hachée ?  Oui  Non

Tous les vaccins sont-ils à jour ?  Oui  Non

Est-il fumeur ?  Oui  Non

La baignade est-elle autorisée ?  Oui  Non

Sait-il nager ?  Oui  Non

## ➤ Traitement

Le vacancier est-il soumis à un traitement pendant le séjour ?  
(Si oui, l'ordonnance récente devra être jointe le jour du départ)  Oui  Non

Le vacancier prend-il ses médicaments, seul ?  Oui  Non

Le vacancier a-t-il des soins infirmiers réguliers :  
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)  Oui  Non

Le vacancier a-t-il des soins de kiné :  
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)  Oui  Non

## ➤ Matériel

Porte-t-il un matériel spécifique ? Si oui, lequel :  Oui  Non

Utilise-t-il un lit médicalisé ?\*  Oui  Non

A-t-il besoin d'un matelas anti-escarres ?\*  Oui  Non

Utilise-t-il un lève personne ?\*  Oui  Non

A-t-il besoin d'une contention ?\*  Oui  Non

Matériel utilisé pour la contention, (le joindre si un matériel spécifique est utilisé) :

**\* si oui, joindre l'ordonnance**

**Remettre obligatoirement au moment du départ** les semainiers pour la durée du séjour avec les médicaments en quantité suffisante au directeur ou à son représentant, **l'ordonnance médicale, la photocopie du carnet de vaccination** et éventuellement les prescriptions pour le régime alimentaire.

## ➤ Contre-indications

Allergies connues : → Alimentaires :

→ Médicamenteuses :

Sportives : .....

Baignade : .....

Divers : .....

## Certificat d'admission en séjour de vacances

Je soussigné, Docteur .....

certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical,

certifie que, Madame, Monsieur .....

peut être admis dans le séjour de vacances choisi.

A ....., le .....

Signature et cachet du médecin :

# ➔ Dossier d'inscription

## Dossier de santé

Dossier à caractère confidentiel

À retourner avec le dossier administratif

Pour chaque inscription, remplissez le dossier d'inscription et le dossier de santé en 2 exemplaires ci-joints.

Nom du vacancier : .....

Date de naissance : ..... Poids : ..... Taille : .....

### ➔ Renseignements médicaux

Nomination de la pathologie : .....

Description aussi précise que possible du handicap : .....

État de santé général : .....

#### → Examen

→ Cardiaque : .....

→ Pulmonaire : .....

→ Digestif : .....

→ Uro-génital : .....

#### → Troubles divers

Troubles de la vue :  Oui  Non

Troubles de l'ouïe :  Oui  Non

Troubles caractériels :  Oui  Non

Troubles de la parole :  Oui  Non

Enurésie :  Oui  Non

Encoprésie :  Oui  Non

Ethylisme :  Oui  Non

Asthme :  Oui  Non

Y-a-t-il des problèmes

→ de transit / fécalome  Oui  Non

(joindre l'ordonnance du laxatif habituellement prescrit)

→ d'épisode de sub-occlusion  Oui  Non

→ d'épisode d'occlusion  Oui  Non

Est-il sujet à des crises comitiales ?  Oui  Non

Manifestation habituelle : .....

Fréquence : .....

Antécédents médicaux et chirurgicaux : .....

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre : .....

Pour les jeunes filles ou femmes, est-elle réglée ? :  Oui  Non

Sont-elles douloureuses ?  Oui  Non

Utilisation d'un moyen contraceptif :  Oui  Non

Si oui, lequel ? .....

Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire ? .....

Lequel ? .....

Les prescriptions : .....

La nourriture doit-elle être mixée ?  Oui  Non

Pré-hachée ?  Oui  Non

Tous les vaccins sont-ils à jour ?  Oui  Non

Est-il fumeur ?  Oui  Non

La baignade est-elle autorisée ?  Oui  Non

Sait-il nager ?  Oui  Non

## ➤ Traitement

Le vacancier est-il soumis à un traitement pendant le séjour ?  
(Si oui, l'ordonnance récente devra être jointe le jour du départ)  Oui  Non

Le vacancier prend-il ses médicaments, seul ?  Oui  Non

Le vacancier a-t-il des soins infirmiers réguliers :  
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)  Oui  Non

Le vacancier a-t-il des soins de kiné :  
Préciser le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance)  Oui  Non

## ➤ Matériel

Porte-t-il un matériel spécifique ? Si oui, lequel :  Oui  Non

Utilise-t-il un lit médicalisé ?\*  Oui  Non

A-t-il besoin d'un matelas anti-escarres ?\*  Oui  Non

Utilise-t-il un lève personne ?\*  Oui  Non

A-t-il besoin d'une contention ?\*  Oui  Non

Matériel utilisé pour la contention, (le joindre si un matériel spécifique est utilisé) :

**\* si oui, joindre l'ordonnance**

**Remettre obligatoirement au moment du départ** les semainiers pour la durée du séjour avec les médicaments en quantité suffisante au directeur ou à son représentant, **l'ordonnance médicale, la photocopie du carnet de vaccination** et éventuellement les prescriptions pour le régime alimentaire.

## ➤ Contre-indications

Allergies connues : → Alimentaires :

→ Médicamenteuses :

Sportives : .....

Baignade : .....

Divers : .....

.....

.....

## Certificat d'admission en séjour de vacances

Je soussigné, Docteur .....

certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical,

certifie que, Madame, Monsieur .....

peut être admis dans le séjour de vacances choisi.

A ....., le .....

Signature et cachet du médecin :

# ➤ Dossier d'inscription

## Renseignements de la personne

PHOTO  
D'IDENTITÉ  
OBLIGATOIRE

Ce dossier est à compléter par vous-même qui partez en séjour, votre famille, votre tuteur et/ou les professionnels qui vous accompagnent.

Nous vous demandons d'apporter un soin particulier à sa rédaction. Ces renseignements permettront à l'équipe éducative de connaître au plus près vos besoins et de contribuer à votre accueil.

Nom : .....

Prénom(s) : .....

### ➤ Votre niveau d'autonomie :

- Bonne autonomie : Vous êtes dynamique, la présence de l'encadrement est discrète.
- Peu d'autonomie : Vous avez besoin d'une aide effective dans les actes de la vie quotidienne et d'un encadrement ponctuel.
- Dépendance très importante : Vous avez besoin d'un encadrement rapproché et permanent, nécessitant des locaux et matériels appropriés.

### ➤ Vos déplacements :

- Vous êtes un bon marcheur
- Vous montez des escaliers sans difficulté
- Vous êtes fatigable à la marche
- Vous marchez avec l'aide d'un tiers ou d'un matériel adapté  
Si oui, répondez aux questions suivantes :
  - ➔ Avez-vous besoin d'un déambulateur ou de béquille pour vous déplacer ?  Oui  Non

- ➔ Avez-vous un fauteuil roulant manuel ?
  - De manière permanente
  - Pour vos déplacements extérieurs

- ➔ Avez-vous un fauteuil roulant électrique ?  Oui  Non

- ➔ Y-a-t-il des restrictions à rester en position assise ?  Oui  Non

Si oui : nombre d'heure maximum :

- ➔ Portez-vous ou utilisez vous d'autres matériels (chaussures orthopédiques, attelles...etc.) ?  Oui  Non

(chaussures orthopédiques, attelles...etc.) ?

Au besoin, les fournir pour la durée du séjour

- ➔ Avez-vous besoin de marcher quelques minutes dans la journée ?  Oui  Non

- ➔ Etes-vous capable de faire vos transferts (fauteuil > lit et fauteuil > toilettes)  Seul(e)  Avec de l'aide

Si besoin d'un lève personne, fournir une ordonnance.

- ➔ Que vous vous déplaciez en fauteuil simple ou en fauteuil avec coque adaptée, pouvez-vous voyager en dehors de votre appareillage ?  Oui  Non

Si oui, combien de temps ? .....

### ➤ Vos modes d'expression et de communication :

- Bonne communication : vous vous exprimez sans difficulté et possédez une bonne compréhension générale des sujets dont on parle
- Compréhension générale mais langage pauvre : vous avez quelques difficultés à vous exprimer
- Capacité à se faire comprendre par une communication non verbale  
Décrivez-nous les gestes principaux et leurs significations et au besoin, fournissez les supports (ex : pictogrammes)
- Mode de communication très complexe et verbalisation inexistante

Savez-vous :  Lire ?  Écrire ?

Avez-vous des difficultés auditives ?  Oui  Non

➔ Si oui, portez-vous :

- Un appareil auditif ?

- un autre appareil (ex : casque filtrant)

Avez-vous des difficultés visuelles ?  Oui  Non

➔ Si oui,

- Portez-vous des lunettes ?
- Etes-vous malvoyant ou non-voyant ?

Commentaires éventuels :

.....  
.....

### ➤ Vos habitudes de vie :

Alimentation / Goûts alimentaires

De manière générale, qu'est-ce que vous aimez/n'aimez pas ?

.....  
.....

Que prenez-vous au petit-déjeuner ?

.....  
.....

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?

Oui  Non

Si oui, joindre la prescription médicale ou le protocole.

Portez-vous une prothèse dentaire ?  Oui  Non  
 Inférieure  
 Supérieure

Avez-vous besoin que votre nourriture soit mixée ?  Oui  Non

Avez-vous besoin que votre nourriture soit hachée ?  Oui  Non

Avez-vous besoin d'aide pour manger ?  Oui  Non  
Si oui, fournir au besoin vos couverts adaptés

Avez-vous besoin d'aide pour boire ?  Oui  Non  
Si oui, fournir au besoin le verre spécifique

Consommez-vous de l'eau gélifiée ?  Oui  Non  
Si oui, fournir l'eau gélifiée pour la durée du séjour

### ☛ Hygiène

Avez-vous besoin d'une prise en charge totale ? :  Oui  Non

Avez-vous besoin d'aide :  
Pour vous laver ?  Oui  Non  
Pour vous habiller ?  Oui  Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :

Avez-vous besoin :  
 D'une chaise pour prendre votre douche  
 D'un lit-douche pour prendre votre douche  
 D'aide pour aller aux toilettes

→ Portez-vous des protections ?

Le jour  La nuit

Si vous êtes un homme, vous rasez-vous tout seul ?

À l'aide d'un rasoir électrique  
 À l'aide d'un rasoir mécanique

Portez-vous des prothèses autres que dentaires et auditives, nécessitant une attention lors des soins d'hygiène ?

Oui  Non

Si oui, quel type de prothèse et quel protocole à suivre ?

### ☛ Sommeil

Dormez-vous bien ?  Oui  Non

Faites-vous une sieste en journée ?  Oui  Non  
Avez-vous des difficultés pour vous endormir ?  Oui  Non  
Vous réveillez-vous la nuit ?  Oui  Non  
Avez-vous besoin d'être réveillé(-e) la nuit pour aller aux toilettes ?  Oui  Non

Quelles sont vos habitudes au moment d'aller dormir ?

.....  
.....

### ☛ Vos habitudes de vie :

#### ☛ Généralités

Etes-vous fumeur(-se) ?  Oui  Non  
Si oui, quelle est votre consommation de tabac ?

→ Par jour : .....

→ Par semaine : .....

→ Gérez-vous seul(-e) votre consommation de tabac ?

Oui  Non

De manière occasionnelle, consommez-vous de l'alcool ?

Oui  Non

(Sauf contre-indication et incompatibilité médicale)

Gérez-vous seul(-e) votre argent de poche ?  Oui  Non

#### ☛ Loisirs

Quelles sont les activités que vous appréciez ?

→ **Dans votre quotidien :**

Activités manuelles :

.....  
.....

Activités sportives :

.....  
.....

→ **Pendant vos vacances :**

Activités manuelles :

.....  
.....

Activités sportives :

.....  
.....

Savez-vous nager ?  Oui  Non

Etes-vous autorisé (-e) à la baignade ?  Oui  Non

Pouvez-vous pratiquer des activités nautiques ?  Oui  Non

Savez-vous faire du vélo ?  Oui  Non

Avez-vous peur des animaux ?  Oui  Non

Si oui, lesquels :

.....  
.....

De manière générale, comment occupez-vous votre temps libre ?

.....  
.....

### ☛ Courrier(s) / Téléphone

Posséderez-vous un téléphone portable au cours du séjour ?  Oui  Non

A qui souhaitez-vous écrire ou téléphoner au cours du séjour ?

.....  
Noms, prénoms, Lien de parentalité / d'amitié, Adresse complète et téléphone :

→

→

### ☛ Relation à l'autre

Comportement sociable ouvert: vous n'avez pas de difficulté à lier connaissance

Comportement ritualisé repérable : vous pouvez être instable dans votre mode de relation, vous ne vous mettez pas en danger mais pouvez avoir des périodes de grandes angoisses et de retrait

Comportement instable et atypique : vous pouvez connaître de grandes angoisses par crises, avec risque d'automutilation et/ou d'agression

Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers les autres ?  Oui  Non

Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il (agressions, verbales, physiques, gestuelles, comportements déviants, autres) ?

.....  
.....

Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers vous-même ?  Oui  Non

Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il (mutilations, crises d'angoisse, autres) ?

.....  
.....

Vous arrive-t-il de partir sans prévenir (risques de fugue) ?  Oui  Non

**Précisez tout commentaire ou remarque que vous jugerez utile dans un rapport écrit à joindre au présent dossier.**

# ➤ Dossier d'inscription

## Renseignements de la personne

PHOTO  
D'IDENTITÉ  
OBLIGATOIRE

Ce dossier est à compléter par vous-même qui partez en séjour, votre famille, votre tuteur et/ou les professionnels qui vous accompagnent.

Nous vous demandons d'apporter un soin particulier à sa rédaction. Ces renseignements permettront à l'équipe éducative de connaître au plus près vos besoins et de contribuer à votre accueil.

Nom : .....

Prénom(s) : .....

### ➤ Votre niveau d'autonomie :

- Bonne autonomie : Vous êtes dynamique, la présence de l'encadrement est discrète.
- Peu d'autonomie : Vous avez besoin d'une aide effective dans les actes de la vie quotidienne et d'un encadrement ponctuel.
- Dépendance très importante : Vous avez besoin d'un encadrement rapproché et permanent, nécessitant des locaux et matériels appropriés.

### ➤ Vos déplacements :

- Vous êtes un bon marcheur
- Vous montez des escaliers sans difficulté
- Vous êtes fatigable à la marche
- Vous marchez avec l'aide d'un tiers ou d'un matériel adapté  
Si oui, répondez aux questions suivantes :
  - ➔ Avez-vous besoin d'un déambulateur ou de béquille pour vous déplacer ?  Oui  Non

- ➔ Avez-vous un fauteuil roulant manuel ?
  - De manière permanente
  - Pour vos déplacements extérieurs
- ➔ Avez-vous un fauteuil roulant électrique ?  Oui  Non
- ➔ Y-a-t-il des restrictions à rester en position assise ?  Oui  Non
- Si oui : nombre d'heure maximum :
  - ➔ Portez-vous ou utilisez vous d'autres matériels (chaussures orthopédiques, attelles...etc.) ?  Oui  Non
  - Au besoin, les fournir pour la durée du séjour
  - ➔ Avez-vous besoin de marcher quelques minutes dans la journée ?  Oui  Non

- ➔ Etes-vous capable de faire vos transferts (fauteuil > lit et fauteuil > toilettes)  Seul(e)  Avec de l'aide

Si besoin d'un lève personne, fournir une ordonnance.

- ➔ Que vous vous déplaciez en fauteuil simple ou en fauteuil avec coque adaptée, pouvez-vous voyager en dehors de votre appareillage ?  Oui  Non

Si oui, combien de temps ? .....

### ➤ Vos modes d'expression et de communication :

- Bonne communication : vous vous exprimez sans difficulté et possédez une bonne compréhension générale des sujets dont on parle
- Compréhension générale mais langage pauvre : vous avez quelques difficultés à vous exprimer
- Capacité à se faire comprendre par une communication non verbale  
Décrivez-nous les gestes principaux et leurs significations et au besoin, fournissez les supports (ex : pictogrammes)
- Mode de communication très complexe et verbalisation inexistante

Savez-vous :  Lire ?  Écrire ?

- Avez-vous des difficultés auditives ?  Oui  Non
- ➔ Si oui, portez-vous :
  - Un appareil auditif ?

- un autre appareil (ex : casque filtrant)

- Avez-vous des difficultés visuelles ?  Oui  Non
- ➔ Si oui,
  - Portez-vous des lunettes ?
  - Etes-vous malvoyant ou non-voyant ?

Commentaires éventuels :

.....  
.....

### ➤ Vos habitudes de vie :

Alimentation / Goûts alimentaires  
De manière générale, qu'est-ce que vous aimez/n'aimez pas ?

.....  
.....

Que prenez-vous au petit-déjeuner ?

.....  
.....

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?

- Oui  Non

Si oui, joindre la prescription médicale ou le protocole.

- Portez-vous une prothèse dentaire ?  Oui  Non
- Inférieure
- Supérieure

Avez-vous besoin que votre nourriture soit mixée ?

- Oui  Non

Avez-vous besoin que votre nourriture soit hachée ?

- Oui  Non

Avez-vous besoin d'aide pour manger ?

- Oui  Non

Si oui, fournir au besoin vos couverts adaptés

Avez-vous besoin d'aide pour boire ?  Oui  Non  
Si oui, fournir au besoin le verre spécifique

Consommez-vous de l'eau gélifiée ?  Oui  Non  
Si oui, fournir l'eau gélifiée pour la durée du séjour

### ☛ Hygiène

Avez-vous besoin d'une prise en charge totale ? :  Oui  Non

Avez-vous besoin d'aide :  
Pour vous laver ?  Oui  Non  
Pour vous habiller ?  Oui  Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :

Avez-vous besoin :  
 D'une chaise pour prendre votre douche  
 D'un lit-douche pour prendre votre douche  
 D'aide pour aller aux toilettes

→ Portez-vous des protections ?

Le jour  La nuit

Si vous êtes un homme, vous rasez-vous tout seul ?

À l'aide d'un rasoir électrique  
 À l'aide d'un rasoir mécanique

Portez-vous des prothèses autres que dentaires et auditives, nécessitant une attention lors des soins d'hygiène ?

Oui  Non

Si oui, quel type de prothèse et quel protocole à suivre ?

### ☛ Sommeil

Dormez-vous bien ?  Oui  Non

Faites-vous une sieste en journée ?  Oui  Non

Avez-vous des difficultés pour vous endormir ?  Oui  Non

Vous réveillez-vous la nuit ?  Oui  Non

Avez-vous besoin d'être réveillé(-e) la nuit pour aller aux toilettes ?  Oui  Non

Quelles sont vos habitudes au moment d'aller dormir ?

.....  
.....

### ☛ Vos habitudes de vie :

#### ☛ Généralités

Etes-vous fumeur(-se) ?  Oui  Non

Si oui, quelle est votre consommation de tabac ?

→ Par jour : .....

→ Par semaine : .....

→ Gérez-vous seul(-e) votre consommation de tabac ?

Oui  Non

De manière occasionnelle, consommez-vous de l'alcool ?

Oui  Non

(Sauf contre-indication et incompatibilité médicale)

Gérez-vous seul(-e) votre argent de poche ?  Oui  Non

#### ☛ Loisirs

Quelles sont les activités que vous appréciez ?

→ **Dans votre quotidien :**

Activités manuelles :

.....  
.....

Activités sportives :

.....  
.....

→ **Pendant vos vacances :**

Activités manuelles :

.....  
.....

Activités sportives :

.....  
.....

Savez-vous nager ?  Oui  Non

Etes-vous autorisé (-e) à la baignade ?  Oui  Non

Pouvez-vous pratiquer des activités nautiques ?  Oui  Non

Savez-vous faire du vélo ?  Oui  Non

Avez-vous peur des animaux ?  Oui  Non

Si oui, lesquels :

.....  
.....

De manière générale, comment occupez-vous votre temps libre ?

.....  
.....

#### ☛ Courrier(s) / Téléphone

Posséderez-vous un téléphone portable au cours du séjour ?

Oui  Non

A qui souhaitez-vous écrire ou téléphoner au cours du séjour ?

.....  
.....

Noms, prénoms, Lien de parentalité / d'amitié, Adresse complète et téléphone :

→ .....  
→ .....

#### ☛ Relation à l'autre

Comportement sociable ouvert: vous n'avez pas de difficulté à lier connaissance

Comportement ritualisé repérable : vous pouvez être instable dans votre mode de relation, vous ne vous mettez pas en danger mais pouvez avoir des périodes de grandes angoisses et de retrait

Comportement instable et atypique : vous pouvez connaître de grandes angoisses par crises, avec risque d'automutilation et/ou d'agression

Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers les autres ?  Oui  Non

Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il (agressions, verbales, physiques, gestuelles, comportements déviants, autres) ?

.....  
.....

Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers vous-même ?  Oui  Non

Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il (mutilations, crises d'angoisse, autres) ?

.....  
.....

Vous arrive-t-il de partir sans prévenir (risques de fugue) ?

Oui  Non

**Précisez tout commentaire ou remarque que vous jugerez utile dans un rapport écrit à joindre au présent dossier.**

# ➔ Conditions générales de vente

## ➔ MODALITÉS D'INSCRIPTION

### ➔ Dossiers d'inscription

Toute inscription doit obligatoirement être accompagnée du dossier d'inscription et du dossier médical en deux exemplaires figurant, page 21 à 32 (pages centrales détachables), en précisant bien le ou les séjours choisis, par ordre de préférence. Afin de garantir le meilleur déroulement possible des vacances de tous, l'APAJH étudie et oriente les demandes en fonction de la spécificité de chaque séjour, de la recherche d'homogénéité pour le groupe accueilli, et du niveau d'autonomie de chaque participant. La clôture des inscriptions est effectuée à concurrence des places disponibles jusqu'au 4 mai 2020. Passé ce délai, l'inscription n'est plus retenue. Tout dossier d'inscription incomplet sera retourné.

Les séjours dispensés par l'APAJH sont des séjours de vacances adaptées organisées, qui ne permettent pas de recevoir des personnes nécessitant des actes médicaux réguliers et un personnel médical permanent ou une structure médicalisée. L'APAJH procédera donc à un examen des dossiers médicaux de chaque vacancier afin de s'assurer de la compatibilité de son état avec le cadre du séjour demandé. Ce traitement est effectué sur la base des informations transmises qui doivent être complètes et exhaustives.

### ➔ Modalités de paiement

Pour être prise en compte, chaque inscription doit être accompagnée d'un chèque d'acompte d'un montant de 300 euros à l'ordre de l'APAJH, en indiquant au dos du chèque le nom du vacancier et le séjour choisi, sauf dans le cas d'une prise en charge financière totale par un organisme ou une administration. Dans ce dernier cas vous devez joindre obligatoirement le(s) justificatif(s) de cette prise en charge pour que la demande soit enregistrée. Indiquer dans la case prévue à cet effet, les coordonnées des personnes qui assurent le règlement. Dans

le cas où l'APAJH ne pourrait satisfaire une demande d'inscription, l'acompte versé serait intégralement remboursé (Fédération APAJH - Tour Maine Montparnasse - 33, avenue du Maine - BAL 35 - 75 755 PARIS Cedex 15).

**L'inscription ne devient définitive que lorsque la totalité du prix du séjour, déduction faite de l'acompte versé lors de l'inscription, est réglée.** Le règlement total du prix du séjour doit intervenir 30 jours avant la date d'ouverture du séjour, par chèque à l'ordre de l'organisateur, en rappelant le nom du vacancier et le séjour choisi ou par virement bancaire. Les documents de départ ne seront adressés qu'après réception du solde du séjour environ 10 jours avant le départ. Une fois le règlement total effectué, la Fédération APAJH délivrera une facture au vacancier. Il est également possible de régler tout ou partie du prix du séjour par chèques vacances.

Les bons CAF ne peuvent en revanche pas être acceptés en règlement de l'acompte, les aides familiales aux vacances n'étant accordées qu'après la réalisation effective du séjour concerné.

### ➔ Adhésion

Seuls les adhérents de la Fédération APAJH, à jour de leur cotisation peuvent participer aux séjours de vacances organisés par l'association (loi de 1901). Le montant de la cotisation pour l'année 2020 s'élève à 36 euros pour les usagers des structures APAJH, de 26 euros pour les usagers des structures APAJH et les personnes ayant un enfant recensé au secteur handicap de la MGEN. Si le vacancier n'est pas à jour de cotisation, le montant est à verser par un chèque distinct au moment de l'inscription.

## ➔ PRIX - PRESTATIONS

**Les prix indiqués sur chaque description de séjour sont nets, toutes taxes comprises et**

**en euros.** Ils comprennent, sauf exception (se reporter au descriptif du séjour) : les frais d'organisation, la pension complète (repas et hébergement), l'animation, l'entretien du linge, le transport\* et l'assurance\*\*. Ils ne comprennent pas : les dépenses à caractère personnel (argent de poche), les frais médicaux, pharmaceutiques, infirmiers ou d'hospitalisation éventuels ainsi que l'éventuelle location du matériel médical nécessaire à la prise en charge du vacancier. Ils ont été calculés au 02/12/2019. Ils pourront être soumis à des modifications.

Pour les dépenses ponctuelles effectuées personnellement par le vacancier, **il est conseillé de prévoir un argent de poche. Il est géré soit par le vacancier, soit par les accompagnateurs ; dans ce cas, il est remis au responsable du séjour au jour du départ et distribué au fur et à mesure des besoins, sur simple demande.** L'APAJH décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol des biens personnels.

## ➔ DÉSISTEMENT - ANNULATION

### ➔ Annulation du séjour par le vacancier

Tout désistement du fait du vacancier entraînera la retenue de frais administratifs (80 Euros) et la perception de frais selon le barème suivant :

- plus de 30 jours avant le départ : retenue du seul montant de l'acompte,
- entre 30 et 10 jours avant le départ : retenue de 50 % du montant total du séjour,
- entre 10 jours et la veille du départ : retenue de 90 % du montant total du séjour,
- le jour du départ : retenue du montant total du séjour,
- en cours de séjour : aucun remboursement ne sera consenti en cas d'interruption du séjour.

Les annulations doivent être notifiées par écrit et adressées par lettre recommandée avec accusé de réception. Toutefois, un vacancier qui se désiste peut proposer une personne

pour le remplacer, dans le cadre d'une cession de contrat. Tous les frais occasionnés par la cession du contrat seront mis à la charge du cédant et du cessionnaire, engagés au paiement solidaire de ces frais.

### ➔ Annulation - modification du séjour par la Fédération APAJH

L'APAJH est en droit d'annuler un séjour en cas d'insuffisance du nombre des participants. Ainsi, l'annulation pourra être notifiée au vacancier si le taux de réservation n'atteint pas au moins 80% du nombre de vacanciers indiqué dans la fiche se rapportant au séjour. Par ailleurs, dans ce cas précis, **L'APAJH s'engage à informer le voyageur de l'annulation du séjour dans les délais suivants :**

- 20 jours avant le début voyage si la durée du voyage excède 6 jours ;
- 7 jours avant le début du voyage si la durée du voyage est comprise entre 2 et 6 jours ;
- 48 heures avant le début du voyage si la durée du voyage est inférieure à 2 jours.

Dans la majorité des cas, l'APAJH proposera en priorité un séjour de remplacement à un autre tarif, plutôt qu'une annulation. **En cas de refus, les sommes versées sont intégralement remboursées.**

L'APAJH se réserve le droit de modifier les dates, le lieu d'accueil, le moyen de transport, ou les activités proposées d'un séjour si les circonstances l'exigent, en proposant des prestations équivalentes.

**L'APAJH se réserve le droit de rapatrier un vacancier en cas d'incompatibilité comportementale, de difficultés d'adaptation, ou de comportement mettant en danger sa sécurité personnelle et/ou celle des autres vacanciers sans que cela ne donne droit à aucun remboursement ou indemnités compensatrices.** De la même façon, lorsque les informations transmises dans le dossier d'inscription s'avèreront incomplètes ou inexactes ou dans le cas d'une interruption

## ➔ Conditions générales de vente

volontaire d'un séjour par un participant, aucun remboursement ne sera accordé. L'adhésion à l'APAJH reste acquise dans tous les cas.

### → Assurance-annulation

Il est conseillé à tout vacancier de souscrire auprès de nos services une assurance annulation personnelle, au moment de l'inscription, couvrant, pour cause de maladie grave, accident, décès, les frais et les pénalités d'annulation et, en cas de rapatriement, les prestations non utilisées (hors transport). Le remboursement s'effectue par chèque dans un délai de 2 mois. Le coût de l'assurance annulation est de 4 % du prix total du forfait, à régler par chèque à l'ordre de l'APAJH, en indiquant au dos du chèque le nom du vacancier. Le prix de l'assurance annulation reste acquis dans tous les cas. Sans assurance annulation, en cas de rapatriement, les prestations non utilisées restent acquises à l'association.

### ☉ SUIVI MEDICAL - FRAIS MÉDICAUX

**Il est impératif de fournir, la carte vitale et l'original de l'ordonnance médicale ainsi que les piluliers journaliers contenant le traitement pour la durée du séjour, le jour du départ.** Sur le lieu de séjour, tous les médicaments seront sous contrôle de nos équipes et rangés dans un endroit fermant à clef. En cas de besoin, nous avançons les frais médicaux. Les feuilles originales de maladie vous seront adressées contre remboursement.

Il est entendu que les séjours dispensés par l'APAJH sont des séjours de vacances adaptées organisées, qui ne permettent pas de recevoir des personnes nécessitant des actes médicaux réguliers et un personnel médical permanent ou une structure médicalisée. Nous n'assurons pas le suivi médical ou paramédical sur les séjours de vacances. Nous vous transmettrons une fiche de liaison afin que vous preniez vous-même les rendez-vous médicaux. Nous continuons

d'assurer la livraison de matériel médical sur le lieu du séjour si besoin. Nous ne prendrons pas en charge la location de matériel pour les séjours à l'étranger et pour tous les séjours ayant une étape à l'aller et / ou au retour. Les soins infirmiers ne seront pas possibles pour les séjours à l'étranger, pendant le convoi aller/retour et sur les hébergements étapes (nuit à l'hôtel).

Les parents ou tuteurs légaux s'engagent à rembourser les frais médicaux éventuellement engagés par l'APAJH en cas de maladie ou d'accident. Les feuilles de soins et justificatifs leur seront adressés afin qu'ils en obtiennent le remboursement auprès de leur organisme de sécurité sociale.

### ☉ DONNEES PERSONNELLES

**Vous autorisez la Fédération APAJH à collecter et traiter les données personnelles indispensables pour votre inscription.** Les données collectées sont destinées à l'usage exclusif la Fédération APAJH. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en nous contactant à l'adresse suivante : Fédération APAJH - Tour Maine Montparnasse - 33, avenue du Maine - BAL 35 - 75 755 PARIS Cedex 15.

### ☉ DROITS ESSENTIELS PREVUS PAR LA DIRECTIVE (UE) 2015/2302 TRANSPOSÉE DANS LE CODE DU TOURISME

**Les voyageurs recevront toutes les informations essentielles sur le forfait** avant de conclure le contrat de voyage à forfait. L'organisateur ainsi que le détaillant sont responsables de la bonne exécution de

tous les services de voyage compris dans le contrat. Les voyageurs reçoivent un numéro de téléphone d'urgence ou les coordonnées d'un point de contact leur permettant de joindre l'organisateur ou le détaillant. Les voyageurs peuvent céder leur forfait à une autre personne, moyennant un préavis raisonnable et éventuellement sous réserve de payer des frais supplémentaires.

Le prix du forfait ne peut être augmenté que si des coûts spécifiques augmentent (par exemple, les prix des carburants) et si cette possibilité est explicitement prévue dans le contrat, et ne peut en tout cas pas être modifié moins de vingt jours avant le début du forfait. Si la majoration de prix dépasse 8 % du prix du forfait, le voyageur peut résoudre le contrat. Si l'organisateur se réserve le droit d'augmenter le prix, le voyageur a droit à une réduction de prix en cas de diminution des coûts correspondants. Les voyageurs peuvent résoudre le contrat sans payer de frais de résolution et être intégralement remboursés des paiements effectués si l'un des éléments essentiels du forfait, autre que le prix, subit une modification importante. Si, avant le début du forfait, le professionnel responsable du forfait annule celui-ci, les voyageurs ont le droit d'obtenir le remboursement et un dédommagement, s'il y a lieu.

Les voyageurs peuvent résoudre le contrat sans payer de frais de résolution avant le début du forfait en cas de circonstances exceptionnelles, par exemple s'il existe des problèmes graves pour la sécurité au lieu de destination qui sont susceptibles d'affecter le forfait. En outre, les voyageurs peuvent, à tout moment avant le début du forfait, résoudre le contrat moyennant le paiement de frais de résolution appropriés et justifiables. Si, après le début du forfait, des éléments importants de celui-ci ne peuvent pas être fournis comme prévu, d'autres prestations appropriées devront être proposées aux voyageurs, sans supplément de prix. Les voyageurs peuvent résoudre le contrat sans payer de frais de résolution lorsque les services ne sont pas exécutés conformément au contrat, que cela perturbe considérablement l'exécution du

forfait et que l'organisateur ne remédie pas au problème.

Les voyageurs ont aussi droit à une réduction de prix et/ou à un dédommagement en cas d'inexécution ou de mauvaise exécution des services de voyage.

L'organisateur ou le détaillant doit apporter une aide si le voyageur est en difficulté. Si l'organisateur ou le détaillant devient insolvable, les montants versés seront remboursés. Si l'organisateur ou le détaillant devient insolvable après le début du forfait et si le transport est compris dans le forfait, le rapatriement des voyageurs est garanti.

L'APAJH a souscrit une protection contre l'insolvabilité auprès de l'UNAT. Les voyageurs peuvent prendre contact avec l'UNAT Union Nationale des Associations de Tourisme et de plein air 8 Rue César Franck - 75015 Paris) si des services leur sont refusés en raison de l'insolvabilité d'APAJH.

\* Transport : Le transport s'entend du lieu de rassemblement du groupe vers le lieu de séjour, aller et retour (possibilités d'organisation d'accueil en gare ou en aéroport au lieu exact de rendez-vous indiqué dans la convocation. Se reporter au descriptif des séjours, ou nous consulter).

\*\* Assurance : tout vacancier participant à un séjour est assuré de la date du départ à celle du retour ; les garanties couvrent la responsabilité civile à l'égard des tiers et l'assurance rapatriement, ainsi que les activités organisées dans le cadre du séjour. Elles ne couvrent pas le vol, la perte d'affaires personnelles d'objets de valeur, de l'argent de poche et les dégradations volontaires, garanties pour lesquelles il vous est conseillé de souscrire une assurance personnelle.



**Service  
Accompagnement Loisirs**

Tour Maine Montparnasse  
33, avenue du Maine 29e étage  
Boîte aux lettres n° 35  
75755 Paris Cedex 15

01 44 10 23 40  
[vacances@apajh.asso.fr](mailto:vacances@apajh.asso.fr)

[www.apajh.org](http://www.apajh.org)



 **APAJH**  
Fédération