

# Vacances Altéo

## Demande d'inscription (2023)

Renvoyez cette demande à la régionale organisatrice de votre 1er choix.

Pour un accompagnement optimal, complétez cette demande dans son entièreté.  
Dans le cas contraire, celle-ci vous sera renvoyée.

### Choix de séjours : indiquer au maximum 2 séjours par ordre de préférence

Choix	Lieu du séjour	du	au	Régionale organisatrice
N° 1	.....	..... / ..... / 2023	..... / ..... / 2023	.....
N° 2	.....	..... / ..... / 2023	..... / ..... / 2023	.....

Je souhaite participer au maximum à :  1 séjour  2 séjours

Désirez-vous **une chambre individuelle** (suivant les disponibilités) moyennant un supplément de prix :  oui  non  
**En chambre double**, vous désirez la partager avec : .....

### Vos coordonnées

Numéro de registre national : . \_ \_ . \_ \_ - \_ \_ \_ . \_ \_

Le numéro de registre national est demandé afin de pouvoir faire bénéficier les membres de la Mutualité chrétienne de l'avantage vacances.

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse de résidence :  Domicile  Institution  Autre : .....

Rue : ..... N° : .....

Code Postal : ..... Localité : .....

Membre de la Mutualité chrétienne :  oui  non

Date de naissance : ..... Sexe :  F  M

Gsm / tél. : .....

Adresse mail : .....

Je souhaite recevoir les informations relatives à mon inscription  par courrier  par mail

Le vacancier est-il sous un régime de protection judiciaire ?  de biens  de personnes

Contact	Administration des documents	Facturation
Nom & prénom	.....	.....
Fonction	.....	.....
Rue + N°	.....	.....
Code postal + localité	.....	.....
Gsm / Tél.	.....	.....
Adresse mail	.....	.....

## Votre situation

J'ai une maladie et / ou un handicap

Situation		Dénomination	Précisions (obligatoire)	Matériel
Handicap physique	<input type="checkbox"/>			
Handicap mental	<input type="checkbox"/>			
Handicap visuel	<input type="checkbox"/>			
Handicap auditif	<input type="checkbox"/>			
Maladie	<input type="checkbox"/>			
Maladie mentale	<input type="checkbox"/>			
Autisme	<input type="checkbox"/>			

Je suis valide mais l'âge réduit mon autonomie

Je suis valide

(j'accompagne la personne suivante : ..... + lien.....)

## Votre vie Journalière

Quel est votre poids : ..... Kg (cela nous permet de vous attribuer un accompagnement adéquat).

Pour les actes de la vie journalière ci-dessous, veuillez indiquer vos capacités.

Vie journalière	Oui	Non	Précisions (aide matérielle et/ou humaine)
Êtes-vous capable de vous déplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quelle distance pouvez-vous parcourir ?	A l'intérieur : A l'extérieur :		
Êtes-vous capable de manger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(stomie, fausse déglutition...)
Êtes-vous capable de vous laver ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Êtes-vous capable d'aller aux toilettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(protection...)
Êtes-vous capable de vous habiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Êtes-vous capable de vous mettre au lit ou dans un fauteuil et en sortir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous besoin de soins infirmiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous besoin de séance de kinésithérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Avez-vous une alimentation particulière à suivre :  oui  non - Spécifiez : .....

Remarques :

## Comportement

Rencontrer vous des difficultés dans les thématiques suivantes :

Comportement	Oui	Non	Précisions
Communication / langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risque de se perdre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vie en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Violence / agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vie affective et sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Remarques :

## Matériel nécessaire

Emportez-vous du matériel spécifique :

### Voiturette

Non. Avez-vous besoin d'une voiturette pour les promenades à l'extérieur ?  oui  non

Oui :  manuelle  électrique

**Si oui**, veuillez indiquer les dimensions de votre voiturette :

Dimensions de votre voiturette :	Largeur en cm	Longueur en cm	Poids en Kg
Pliée			
Non pliée			

**Autres matériels pour repas, nuit, toilettes** :  oui  non / Précisez : .....

## Le Transport

Utilisez-vous le transport organisé pour le séjour (uniquement si celui-ci est proposé) :  oui  non

Pouvez-vous monter des marches sans élévateur :  oui  oui mais avec difficultés  non

Pouvez-vous voyager assis sur un siège dans le car :  oui  non

Si non, devez-vous rester **impérativement** dans votre voiturette :

manuelle  électrique / En position :  assise  semi-allongée

### A remplir si ce n'est pas le vacancier qui complète cette demande d'inscription :

Je soussigné(e) (nom, prénom) ....., agissant en tant que (fonction) ..... certifie que les renseignements sont complets et exacts ; que le vacancier a été informé de l'ensemble des informations présentes et complétées dans cette demande d'inscription. Je certifie également avoir le mandat pour inscrire cette personne à ce séjour et donner les consentements ci-dessous au nom de cette personne.

**Cette partie est importante pour accompagner au mieux les vacanciers lors des séjours**

Pouvez-vous décrire la personne (communication, habitudes de vie, relationnel, soucis éventuels, rituels... ainsi que les bonnes idées pour l'accompagner lors d'un séjour).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Merci de prendre connaissance attentivement du cadre ci-dessous, de le compléter et de cocher les deux cases, afin de nous permettre de traiter votre demande d'inscription.**

Vos données personnelles seront traitées par l'ASBL Altéo (N° d'entreprise : 0410.383.442) dans le cadre du règlement général sur la protection des données. Ces données seront utilisées dans le cadre exclusif de votre inscription aux séjours de vacances organisés par l'ASBL.

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier du participant. Elles sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs et les volontaires de l'ASBL et le cas échéant par les prestataires de santé consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites au maximum une année après l'activité si aucun dossier n'est ouvert.

J'autorise l'ASBL à traiter mes données personnelles et de santé dans le cadre de mon inscription aux séjours de vacances.

J'accepte les conditions générales et déclare avoir pris connaissance de la politique de confidentialité de l'ASBL disponible sur [www.alteoasbl.be/vie-privee](http://www.alteoasbl.be/vie-privee)

Signature :

Fait à ....., le.....

**Case réservée au service vacances Altéo**

Code du séjour : .....	Cachet de la régionale organisatrice	Mutualiste Chrétien :
A préciser :		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours
VC VE VP VO HP		Affiliation Altéo : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
HM MM AU HV		Date de réception : .....
MA PA AV VA		Date d'introduction : .....