



DOSSIER D'INSCRIPTION 2020 SEJOUR PARENTHÈSE

Pour vous proposer le meilleur accueil, merci de remplir ce dossier d'inscription et de le retourner à :
ŒUVRE FALRET - Catherine SAVOURNIN 49, rue Rouelle 75015 PARIS

A. NOM ET PRENOM DE LA **PERSONNE ACCOMPAGNANTE**

Mme M

.....

Date de naissance : / / Lien de parenté avec la personne accompagnée :

Adresse :

.....

Téléphone fixe : / / / / Téléphone portable : / / / /

Email :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM et PRENOM : Téléphone : / / /

1. CHOIX DU SEJOUR

LIEU : PORNICHET

DATES : du 11 au 18 juillet 2020

Avez-vous déjà participé à un séjour FALRET ?

Non Oui si oui lequel (lieu, date) :

2. PRIX DU SEJOUR ET REGLEMENT

- MONTANT DU SEJOUR : 650 €
- MONTANT DES ARRHEs : 100 €

Je m'engage à régler le solde du séjour 1 mois avant le départ, ou à l'inscription, en cas de réservation tardive

- REGLEMENT

- Par chèque à l'ordre de : Association ŒUVRE FALRET

- Par virement : IBAN : FR76 3000 4027 9000 0103 7523 748 (indiquez objet : Séjour Parenthèse)

MODALITES D'INSCRIPTION

1°. VEUILLEZ NOUS RENVOYER :

- Le dossier d'inscription complété et signé
 Le chèque d'arrhes de 100 €/personne à l'ordre de l'Association Œuvre Falret

2°. AIDES FINANCIERES

- a) Pour obtenir les chèques Solidarité, votre Revenu Fiscal de Référence (RFR) en fonction du nombre de vos parts fiscales, ne doit pas dépasser les seuils mentionnés dans le tableau ci-dessous.

➤ Exemple : votre RFR est de 25000 € et vous avez 2 parts fiscales vous bénéficierez de l'aide financière.

Nb de part fiscale	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4
RFR (€) inférieur à	19440	24300	29160	34020	38880	43740	48600

Si vous **remplissez les conditions pour bénéficier des chèques Solidarité**, veuillez nous adresser *obligatoirement* :

- Une photocopie recto-verso de votre dernier avis d'impôt sur le revenu
- La fiche Demande de chèques vacances Solidarité (Page 9) *L'Œuvre Falret remplit les dossiers.*
 - Avez-vous déjà bénéficié de cette aide ? Non **Oui** En quelle année ?

- b) Merci d'indiquer le nom de votre caisse de retraite (*Renseignez-vous auprès de votre **caisse de retraite et de prévoyance** pour les aides aux aidants*)

AG2R LA MONDIALE AGRICA APICIL AUDIENS B2V BTPR CARSAT CGRR
 CNRACL CRC CREPA HUMANIS IGRC IRCHEM IRCANTEC IRCOM IRP AUTO
 KLESIA LOURMEL MALAKOFF MEDERIC RSI PRO BTP
 AUTRES

- c) Etes-vous **affilié** à la caisse de retraite **KLESIA** ? (Retraité ou non, imposable ou non). Non **Oui**

Si oui, veuillez nous adresser :

votre numéro de sécurité sociale : 13 chiffres + la Clef

 Votre nom de naissance

- Une photocopie recto-verso de votre dernier avis d'impôt sur le revenu

3. INFORMATIONS / SANTE

▪ REGIME ALIMENTAIRE/ALLERGIES

NON OUI Préciser.....

▪ DIFFICULTES LOCOMOTRICES

NON OUI Préciser.....

4. TRANSPORT ET HEBERGEMENT

▪ MOYEN DE TRANSPORT POUR VOUS RENDRE AU SEJOUR

Transport public/SNCF Véhicule familial Autre

▪ CHAMBRE

Rez-de-chaussée :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Indifférent <input type="checkbox"/>
Chambre double/Lits jumeaux :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Indifférent <input type="checkbox"/>
Proche de la personne qui vous accompagne :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Indifférent <input type="checkbox"/>

Commentaires :

APPROBATION

Les renseignements fournis ont un caractère contractuel. En cas de dissimulation ou de faux renseignements, la responsabilité de l'Association Œuvre Falret sera dégagee.

Je soussigné(e)

- Reconnais avoir été informé(e) que je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant, conformément à l'article 15 du Règlement Général sur la Protection des Données
- Déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales et Particulières de Vente en annexe

Fait à :

Le :

Signature

B. NOM ET PRENOM DE LA **PERSONNE ACCOMPAGNEE**

Mme M

Date de naissance : /..... /.....

Adresse :

.....

Téléphone fixe : /..... /..... /..... /..... Téléphone portable : /..... /..... /..... /.....

Email :

Adresse d'expédition des courriers si différente :

.....

▪ MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Aucune Mesure Curatelle Curatelle renforcée Tutelle Autre

La mesure est exercée par : Organisme Famille Tuteur Privé

Nom et adresse :

Téléphone : /..... /..... /..... /.....

Email :

▪ Notification HANDICAP PSYCHIQUE OUI NON

1. CHOIX DU SEJOUR

LIEU : PORNICHET

DATES : 11 juillet au 18 juillet 2019

Avez-vous déjà participé à un séjour FALRET ?

Non Oui si oui lequel (lieu, date) :

2. PRIX DU SEJOUR ET REGLEMENT

- MONTANT DU SEJOUR : 650 €
- MONTANT DES ARRHS : 100 €

Je m'engage à régler le solde du séjour 1 mois avant le départ, ou à l'inscription, en cas de réservation tardive

▪ REGLEMENT

- Par chèque à l'ordre de : Association ŒUVRE FALRET

- Par virement : IBAN : FR76 3000 4027 9000 0103 7523 748 (indiquer Séjour Parenthèse pour le motif du virement)

3. MODALITES D'INSCRIPTION

1°. VEUILLEZ NOUS RENVOYER :

- Le dossier d'inscription complété et signé
- Le chèque d'arrhes de 100 €/personne à l'ordre de l'Association Œuvre Falret
- Le certificat médical

2°. LES AIDES FINANCIERES

a) Pour obtenir les chèques Solidarité, votre Revenu Fiscal de Référence (RFR) en fonction du nombre de vos parts fiscales, ne doit pas dépasser les seuils mentionnés dans le tableau ci-dessous.

➤ Exemple : votre RFR est de 25000 € et vous avez 2 parts fiscales vous bénéficierez de l'aide financière.

Nb de part fiscale	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4
RFR (€) inférieur à	19440	24300	29160	34020	38880	43740	48600

Si vous **remplissez les conditions pour bénéficier des chèques Solidarité**, veuillez nous adresser *obligatoirement* :

- Une photocopie recto-verso de votre dernier avis d'impôt sur le revenu
- La fiche Demande de chèques vacances Solidarité (Page 10) *L'Œuvre Falret remplit les dossiers.*
 - Avez-vous déjà bénéficié de cette aide ? Non **Oui** En quelle année ?

b) Merci d'indiquer le nom de votre caisse de retraite (*Renseignez-vous auprès de votre **caisse de retraite et de prévoyance** pour les aides aux aidants*)

AG2R LA MONDIALE AGRICA APICIL AUDIENS B2V BTPR CARSAT CGRR CNRACL
 CRC CREPA HUMANIS IGRC IRCEM IRCANTEC IRCOM IRP AUTO KLESIA LOURMEL
 MALAKOFF MEDERIC RSI PRO BTP AUTRES

c) Etes-vous **affilié** à la caisse de retraite **KLESIA** ? (Retraité ou non, imposable ou non) Non **Oui**

Si oui, veuillez nous adresser :

- Votre numéro de sécurité sociale : 13 chiffres + la Clef Votre nom de naissance
-
- Une photocopie recto-verso de votre dernier avis d'impôt sur le revenu

4. INFORMATIONS / SANTE (STRICTEMENT CONFIDENTIELLES)

Nom du Médecin traitant/psychiatre :

Adresse :

Téléphone : / / / /

- DEGRE D'AUTONOMIE, merci de **cocher les cases** qui correspondent à **chaque** capacité :
(ex : Moyenne autonomie en Fatigabilité, Bonne autonomie en Communication, etc.)

	BONNE AUTONOMIE	MOYENNE AUTONOMIE	FAIBLE AUTONOMIE
VIE QUOTIDIENNE (toilette, argent...) →	Pas de vigilance <input type="checkbox"/>	Vigilance discrète quant aux actes de la vie quotidienne, y compris gestion de l'argent <input type="checkbox"/>	Nécessite un accompagnement pour les actes de la vie quotidienne <input type="checkbox"/>
COMPORTEMENT →	Sociable, actif, sans difficultés particulières en collectivité <input type="checkbox"/>	Participe aux activités mais a besoin d'être stimulé/rassuré, peu de difficultés en collectivité <input type="checkbox"/>	Gestion émotionnelle parfois relative, besoin régulier d'apaisement <input type="checkbox"/>
COMMUNICATION →	Pas de difficulté majeure, bonne compréhension des consignes <input type="checkbox"/>	Capable de s'exprimer, nécessite parfois de reformuler les consignes <input type="checkbox"/>	Rencontre des difficultés ou ne s'exprime pas facilement <input type="checkbox"/>
ORIENTATION →	Capable de se déplacer seul lors de trajets ou de lieux repérés <input type="checkbox"/>	Peut se déplacer en groupe avec ou sans proximité de l'encadrement <input type="checkbox"/>	Accompagnement nécessaire <input type="checkbox"/>
FATIGABILITE →	Peu fatigable (marche plus d'une heure) <input type="checkbox"/>	Fatigable (marche moins d'une heure) <input type="checkbox"/>	Très fatigable (marche moins de 15 mn) <input type="checkbox"/>
INDEPENDANCE →	Peut rester seul dans le lieu d'hébergement <input type="checkbox"/>	Peut rester en groupe sans accompagnateur <input type="checkbox"/>	Présence nécessaire d'un accompagnateur <input type="checkbox"/>

Quelles informations, sur votre santé ou autre, seraient à prendre en compte spécifiquement ? (ex : allergie, agoraphobie, consommation de tabac et alcool, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

FICHE DE DEMANDE DE CHEQUES VACANCES SOLIDARITE ANCV/VACANCES OUVERTES

➤ PERSONNE ACCOMPAGNANTE

NOM ET PRENOM :

a) *Votre lieu d'habitation est-il en zone :*

Urbaine Rurale

b) *Votre lieu d'habitation est-il territoire de la politique de la ville*

Oui Non Ne sait pas

c) *Statut social / professionnel*

Elève Etudiant Déscolarisé
Salarié en CDI Salariée en CDD ou intérim Sans emploi
Ancien usager en ESAT Usager en ESAT Retraité Autre

d) *Types de ressources*

Salaires Allocation chômage Minimum social Allocations familiales
Ressources spécifiques handicap et dépendance Aucune ressource Autre

e) *Si Minimum social*

RSA ASS AER ASV ASPA RSO Allocation veuvage

f) *Si Ressources spécifiques handicap et dépendance*

AAH AEEH AJPP PCH ACTP Pension invalidité APA Autre

g) *Montant moyen mensuel des ressources du foyer*

De 0 à 500 € 501 à 1000 € 1001 à 1500 € 1501 à 2000 € + de 2001 €

h) *Type de logement*

Logement autonome FJT Établissement spécialisé du secteur social et médico-social
Hébergement social (foyers et résidences sociales, maisons relais) ou d'urgence (CHRS)
Sans domicile fixe Hébergé par la famille ou amis Autre

i) *A combien de temps remonte le dernier départ en vacances?*

L'année dernière 1 à 3 ans de 4 à 10 ans plus de 10 ans jamais partis

Est-ce un 1er / 2ème / 3ème / + départ aidé par Vacances Ouvertes?

j) *Quel est le lien de parenté avec la personne soutenue?* Conjoint Ascendant Autre

k) *Depuis combien d'années êtes-vous en situation d'aidant ?* Années.

l) *Avant d'être aidant, partiez-vous en vacances ?* Oui Non

m) *Depuis que vous êtes en situation d'aidant, combien de fois en moyenne partez-vous en vacances par an ?*

FICHE DEMANDE DE CHEQUES VACANCES SOLIDARITE
ANCV/VACANCES OUVERTES

➤ **PERSONNE ACCOMPAGNEE**

NOM ET PRENOM :

a) Votre lieu d'habitation est-il en zone :

Urbaine Rurale

b) Votre lieu d'habitation est-il territoire de la politique de la ville

Oui Non Ne sait pas

c) Statut social / professionnel

Elève Etudiant Déscolarisé
Salarié en CDI Salariée en CDD ou intérim Sans emploi
Ancien usager en ESAT Usager en ESAT Retraité Autre

d) Types de ressources

Salaires Allocation chômage Minimum social Allocations familiales
Ressources spécifiques handicap et dépendance Aucune ressource Autre

e) Si Minimum social

RSA ASS AER ASV ASPA RSO Allocation veuvage

f) Si Ressources spécifiques handicap et dépendance

AAH AEEH AJPP PCH ACTP Pension invalidité APA Autre

g) Montant moyen mensuel des ressources du foyer

De 0 à 500 € 501 à 1000 € 1001 à 1500 € 1501 à 2000 € + de 2001 €

h) Type de logement

Logement autonome FJT Établissement spécialisé du secteur social et médico-social
Hébergement social (foyers et résidences sociales, maisons relais) ou d'urgence (CHRS)
Sans domicile fixe Hébergé par la famille ou amis Autre

i) A combien de temps remonte le dernier départ en vacances?

L'année dernière 1 à 3 ans de 4 à 10 ans plus de 10 ans jamais parti

j) Est-ce un 1er / 2ème / 3ème / + départ aidé par Vacances Ouvertes?

k) Combien de fois en moyenne partez-vous en vacances par an ?