**Inscription aux vacances de l’Association Cerebral Suisse 2023**

comme vacancier-ière

**Souhaitez-vous inscrire en ligne ?** [**Cliquez ici.**](https://www.vereinigung-cerebral.ch/fr/prestations/nos-offres-de-vacances/translate-to-franzoesisch-anmeldung-auslandferien-fuer-gaeste)

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de remplir entièrement le formulaire en toute sincérité avant le délai d'inscription. Le délai d'inscription est le 15 janvier 2023. C'est important pour le bon déroulement de votre inscription et la réussite de vos vacances. En cas de fausses déclarations ou de données incorrectes, l’Association Cerebral Suisse se réserve le droit d’interrompre prématurément les vacances, aux frais du-de la participant-e. Vos données personnelles seront traitées de manière strictement confidentielle.

Les habitué-e-s (depuis 2017) doivent uniquement répondre aux questions munies d’un astérisque (\*). Nous vous remercions de parcourir l’ensemble du questionnaire et de nous communiquer des modifications éventuelles par rapport aux années précédentes.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⬜ Madame | ⬜ Monsieur ⬜ Neutre/autre: | | | | | | | |
| \* Nom : | | |  | | |  | \* Prénom : | |  | | |
| Nom | prénom selon passeport/ CI : | | | | |  | | | | | | |
| Rue : | | |  | | |  | NPA | lieu : | |  | | |
| Nom d’institution et/ou foyer : | | | | | |  | | | | | |
| Canton : | | |  | | |  | Nationalité : | |  | | |
| Tél. privé : | | |  | | |  | Tél. portable : | |  | | |
| Date de naissance : | | |  | | |  | E-mail : | |  | | |
| Caisse-maladie : | | |  | | |  | \* Poids corporel actuel : | | |  | |
| N° d’AVS/AI : | | | |  | | | | | | | |
| \* Médecin traitant | | | |  | | | | | | | |
| Langue : | | O français | | | | O allemand | | O italien | | | O autre |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Envoi de la correspondance à l’adresse susmentionnée : | | | | | | | | | | O oui | |
| O non, à l’adresse suivante : | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Envoi de la facture à l’adresse susmentionnée : O oui | | | | | | | | | | | | |
| O non, à l'adresse suivante : | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| \* Avez-vous un-e curateur/trice : | | | | |  |  | O non | |  | | | |
| O oui, nom : | |  | | | |  | E-mail : | |  | | | |
|  | |  | | | |  | Tél. : | |  | | | |
| \* De quelle forme de curatelle s’agit-il ? | | | O Curatelle d’accompagnement  O Curatelle de représentation | | | | | | | | O Curatelle de coopération  O Curatelle de portée générale | |
| Nous attirons votre attention sur le fait que dans de nombreux cas, votre curateur-trice doit également signer le formulaire d’inscription (p. ex. : si vous n’êtes pas habilité-e à signer ou que vous n’avez pas le droit de gérer vous-même vos finances). | | | | | | | | | | | | |
| \* À qui s’adresser en cas de questions supplémentaires sur le besoin d’assistance ? | | | | | | | | | | | | |
| Nom : |  | | | | |  | | Tél. : |  | | | |
| E-mail : |  | | | | |  | |  |  | | | |
| \* Qui est cette personne (p. ex. : parents, personne de référence, partenaire, etc.) : | | | | | | | | | | | | |
| \* Qui devons-nous prévenir en cas d’urgence pendant les vacances ? | | | | | | | | | | | | |
| Nom : |  | | | | |  | | Tél. : |  | | | |
| \* Qui est cette personne (p. ex. : parents, personne de référence, partenaire, etc.) : | | | | | | | | | | | | |
| O Je suis membre de l’association régionale : | | | | | | | | Laquelle ? | | | | |
| O Mes parents (ou représentant légal) sont membres | | | | | | | | Prénom, nom ? | | | | |
| O Je souhaite devenir membre seulement si je peux participer à une offre de vacances | | | | | | | |  | | | | |
| O Je souhaite, dans tous les cas, devenir membre | | | | | | | |  | | | | |
| Si vous n’êtes pas encore membre, inscrivez-vous auprès de l’Association Cerebral de votre région et envoyez-nous une attestation. | | | | | | | | | | | | |

\* Je m’inscris aux vacances suivantes (veuillez marquer d’une croix) :

|  |
| --- |
| **Vacances balnéaires à Rimini (10 jours) -** 21.07. – 30.07.2023  Inscrivez-vous directement auprès de Cerebral Valais pour des vacances à la mer sous le signe de la bonne humeur et du soleil ! |
| |  |  | | --- | --- | | **Vacances balnéaires à Rhodes (8 jours)**  O Lu, 08.. – Lu, 15.05.2023 | **Vacances balnéaires à (Ténériffe 11 jours)**  Je, 15.06.2023 - Di, 25.06.2023 | | **Vacances balnéaires à Majorque (11 jours)**  O Ve, 16.06.2023 – Lu, 26.06.2023 | **Vacances actives à Berlingen (8 jours)**  O Sa, 29.07.2023 - Sa, 05.08.2023 | |
| |  |  | | --- | --- | | **Croisière sur le Rhin sur le MS Viola (9 jours)**  O Je, 10.08. – Ve, 18.08.2023 |  | |

Si les vacances affichent complet, les offres suivantes m’intéressent :

|  |
| --- |
|  |

Pour des vacances en petits groupes (de 3 à maximum 8 personnes, plus assistant-e-s et responsable du voyage) ou pour des conseils pour des vacances individuelles (1 à 2 personnes), merci prendre contact d'ici au 1er janvier directement avec: [maja.cuk@vereinigung-cerebral.ch](mailto:maja.cuk@vereinigung-cerebral.ch)

**Questions sur le handicap, la santé et l’assistance**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| J’ai une paralysie cérébrale : | | | | | O oui | | | | |
| O non, j’ai un autre handicap : | | | | |  | | | | |
| J’ai des difficultés à parler : | | | | | O non | | O oui | | |
| O Je ne peux parler qu’avec l’aide de : | | | | |  | | | | |
| Je marche : | O sans difficulté | | | | O avec l’aide de : | | | | |
| J’ai besoin d’un fauteuil roulant : O non | | | | | O parfois | | | | O toujours |
| J’emporterai un fauteuil roulant en vacances : | | | | | O fauteuil manuel | | | | O fauteuil électrique |
| Dimension et poids (long. + larg.+ haut. et kg) : | | | | |  | | | | |
| \* J’ai besoin du moyen auxiliaire suivant au quotidien : | | | | | | | | | |
| O cigogne | | O lit médicalisé | | O chaise de douche | | | | | O rehausse WC |
| O brancard de douche | | O matelas spécial | | O autre | | | | |  |
| \* Pendant les vacances, j’ai absolument besoin : | | | | | | | | | |
| O cigogne | | O lit médicalisé | | O chaise de douche | | | | | O rehausse WC |
| O brancard de douche | | O matelas spécial | | O autre | | | | |  |
| Je m’assois sur un siège dans l’avion/le bus : | | | | | O oui | | | | O non |
| En avion, je peux rejoindre mon siège et m’y installer seul-e : | | | | | O oui | | | | O non |
| Je peux monter les escaliers | | | | | O oui | | | | O non |
| Je me tiens debout : | | O seul-e | | | | O seul-e, pour un court instant | | | |
|  | | O en me faisant aider | | | | O pas du tout | | | |
| Je sais nager | | O Oui, seul. | | | | O Oui, avec des brassards, bouée, etc. | | | |  |
|  | | O Oui, si j'ai de l'aide | | | | O Non, je ne souhaite pas nager | | | |
| J’ai besoin d’assistance : | | O les repas | | | | O m’habiller/me déshabiller | | | |
|  | | O les soins corporels | | | | O la nuit | | | |
|  | | O pour aller aux WC | | | | O pour gérer l’argent de poche | | | |
| Je suis incontinent-e : | | O non | O couches nécessaires | | | | | O seulement la nuit | |
| J’utilise : | | O un cathéter | O un étui pénien urinaire | | | | | O une poche de stomie | |
|  | | O un cystofix | O un mikroklist | | | | | O autre chose | |
| J’ai un shunt | | O non | O oui | | | | |  | |
| J'ai de l'épilepsie : | | O non | O oui, nombre de crises pendant les 6 mois passés : | | | | |  | |
| J’ai besoin de médicaments : | | O aucun |  | | | | |  | |
| O oui, lesquels ? | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| O Je prends les médicaments moi-même. | | | | | | | | | |
| O Je souhaite que quelqu’un contrôle ou me rappelle de les prendre. | | | | | | | | | |

Je souffre d’une des maladies suivantes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| O asthme | | O diabète | |  |
| O allergie au soleil | | O autres allergies : | |  |
| O troubles cardiaques | | O problèmes de reins | |  |
| O autres : | |  | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | J'ai des intolérances et/ou allergies alimentaires | O non |  |  | | O si oui, lesquels? |  | | | | J'ai des besoins alimentaires spécifiques (végétarien, etc.). | O non |  |  | | O si oui lesquels? |  | | | | | |  |
| J’ai ou j’ai eu des troubles psychiques\* | O non | | |
| O oui, lesquels et quand  ? |  | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

\* Cette information est importante pour garantir des soins optimaux.

|  |  |
| --- | --- |
| Qu’est-ce qui peut m’aider à me sentir bien ? |  |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Particulièrement important pour l'assistance : |  |
|  | |
|  | |

**\* Questions relatives au consentement**

J’accepte que le responsable et l’assistant-e qui m’accompagnera reçoive une copie de mon inscription.

O oui

J’accepte que mon numéro d’AVS/AI soit communiqué à la Fondation «Denk an mich».

O oui

Merci de votre intérêt. Nous vous contacterons si nous avons d’autres questions. Vous recevrez de plus amples informations après la clôture des inscriptions.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date : |  |  | Signature : |  |
| Date : |  |  | Signature curateur-trice |  |

Merci d'envoyer votre inscription au plus tard le 15 janvier 2023:

Association Cerebral Suisse, Zuchwilerstrasse 41, 4500 Solothurn

E-Mail: ferien@vereinigung-cerebral.ch