

DEMANDE SEJOUR « PLURIEL » - ADULTE V4

INDIVIDUEL COUPLE

Date :
 Nom du bénéficiaire :
 Prénom du bénéficiaire :
 NIA :
 Age :
 ASS :

Nom du conjoint :
 Prénom du conjoint :
 NIA du conjoint si différent :
 Age :
 CMCAS :

Campagne :
 Hiver Noël
 Printemps Eté

1^{er} séjour : joindre fiche 1ers éléments en PJ

RESPECT DES GESTES BARRIERES : OUI NON

	Lieu (nom du centre)	Session(s)	Du (date)	Au (date)	PMR
Choix 1					
Choix 2					
Choix 3					
Choix 4					
Choix 5					

➤ Vérifier la cohérence entre la session et le centre avec le réseau séjours « pluriel » du Département Santé AS !

Mode de transport :

- Transport effectué par la famille
- Transport effectué par une tierce personne
- Transport effectué seul (si nécessité d'un aller-retour à la gare, voir directement avec le centre si possibilité)

Commentaires (1^{er} séjour ou autre...) :

Besoins matériels pour mise en place en amont :

- Fauteuil manuel pliable (pour location uniquement)
- Lève-personne
- Lit médicalisé (préciser si avec barrière)
- Passage d'un kiné sur centre – fréquence :
- Passage d'une IDE sur centre – fréquence :
- Chaise douche (ne se louent pas, voir dotation du centre)

- Aucun besoin spécifique

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné au Département Santé AS pour les séjours de vacances. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'adresse ci-dessous. Le responsable habilité est **dans l'obligation de détruire ce document** au plus tard à J+2 de la fin du séjour ou de la renvoyer si besoin, à l'adresse ci-dessous.