



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)

ŒUVRE FALRET - Association Reconnue d'Utilité Publique par décret du 16 mars 1849

49, rue Rouelle 75015 Paris - www.falret.org

Tél. : 01 58 01 08 90 - Fax : 01 45 79 82 72 - accueil@oeuvre-falret.asso.fr

APE 8790B - SIRET 784 615 718 00219

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 ☐ IRCM ☐ IRCANTEC ☐ IRLM ☐ 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 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 (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 ☐ IRCER ☐ IRCANTEC ☐ IRECOM ☐ 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

La distribution et la prise du traitement médicamenteux ne sont pas de la responsabilité de l'œuvre Falret.

Nous vous conseillons d'être muni de :

- Votre traitement médical en quantité suffisante, conditionné dans un nombre de semaines nécessaires à la durée du séjour
- Une ordonnance signée et en cours de validité avec les traitements à administrer « si besoin » indiqués.
- Votre carte VITALE et carte de la mutuelle

- REGIME ALIMENTAIRE/ALLERGIES NON ☐ OUI ☐

Préciser

- DIFFICULTES LOCOMOTRICES NON ☐ OUI ☐

Préciser

Nous ne pouvons accepter les personnes dont les troubles du comportement sont incompatibles avec une vie en groupe (état non stabilisé, agressivité physique et verbale, addictions, etc.)

=> Veuillez joindre s'il vous plaît à cette fiche un certificat médical de votre médecin traitant (psychiatre ou généraliste) attestant votre aptitude à un séjour en collectivité.

COVID : Si vous ne pouvez pour des raisons médicales porter un masque, le médecin doit le noter sur le certificat

5. TRANSPORT ET HEBERGEMENT

- MOYEN DE TRANSPORT POUR VOUS RENDRE AU SEJOUR

Transport public/SNCF ☐ Navette de la gare SNCF d'arrivée au centre de vacances ☐
 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.

A signer par le/la participant(e) et le représentant légal en cas de protection juridique :

Je soussigné(e) agissant en qualité de :

Participant(e) du séjour ☐

Représentant(e) légal(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 (RGPD).
- Déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales et Particulières de Vente en annexe

Fait à

Le

Signature(s)

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*

Salaire ☐ 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

Salaire ☐ 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 ?