

DOSSIER DE RÉSERVATION

*Vous avez souhaité faire une réservation pour un séjour « Vacances - Loisirs & Répit »
dans notre Village Les Bruyères et nous vous en remercions.*

Il est très important que ce dossier soit rempli avec le plus grand soin, en effet les informations que nous vous demandons de nous communiquer vont nous servir à vous préparer le meilleur accueil possible.

A la réception de votre dossier, notre service social vous contactera afin de réaliser ensemble un dossier plus complet qui nous servira à définir l'ensemble de vos demandes et besoins,

Merci de réserver le meilleur accueil à nos intervenants,

Toute notre équipe sera heureuse de vous recevoir aux Bruyères.

Bien cordialement – Le Conseil d'Administration et la Direction

Liste des pièces à fournir :

- Le dossier de réservation avec la demande de Services à la Personne
- L'attestation VITALE et copie de votre carte de mutuelle (pour les professionnels de santé)
- Eventuellement la demande de chèques vacances (et les pièces afférentes)

Merci par avance, ces documents nous seront utiles pour préparer au mieux votre séjour.

CONSENTEMENT À L'ÉCHANGE D'INFORMATION VERBALE ET/OU ÉCRITE :

But de cette demande : Cette demande de consentement vise à permettre l'échange de renseignements nécessaires afin de mieux vous aider, et ce, en toute confidentialité entre vous et l'Association APFDP – Les Bruyères ainsi qu'avec les organismes travaillant ou reliés à l'Association APFDP – Les Bruyères.

Votre dossier est composé des parties suivantes :

LE VOLET ADMINISTRATIF

LE SEJOUR SOUHAITÉ

LES ÉQUIPEMENTS OPTIONNELS

LES SERVICES A LA PERSONNE

LA CONTINUITÉ DES SOINS

L'AUTONOMIE

Signature pour acceptation :

LE VOLET ADMINISTRATIF

Vous

Nom : Prénom :

Né (e) le :/...../..... A :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Tél :

Email :

LA OU LES PERSONNES QUI VOUS ACCOMPAGNENT :

CONJOINT ET / OU AIDANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Tél (domicile / travail / portable) :

Email :

Lien de parenté : Date de naissance :

VOS ENFANTS QUI VOUS ACCOMPAGNENT :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom : Prénom : Date de naissance :

LES COORDONNÉES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE À CONTACTER OU ASSISTANTE SOCIALE :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE : PAYS :

TÉL :

EMAIL :

Période : Du dimanche :		Au dimanche :	
Date d'arrivée :		Heure prévue : (à partir de 15 heures)	
Moyen de transport :			
Navette : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		Date : Lieu : Horaire :h.....	
Date de départ :		Heure prévue : (avant 11 heures)	
Navette : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		Date : Lieu : Horaire :h.....	
Type de séjour :		Résident seul	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		Résident + aidant	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		Résident + accompagnants	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Nombre d'accompagnants :			
Dès le lundi matin, programmation d'un rendez-vous avec un professionnel de santé :			
Médecin oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - Kiné oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - Infirmière oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Les repas : Pension complète : <input type="checkbox"/> Demi-pension : <input type="checkbox"/> (plateaux repas livrés par notre traiteur)			
Dans ces cas : Régime particulier /allergies :			
Mixé : <input type="checkbox"/> Haché : <input type="checkbox"/> Autres demandes :			

LES ÉQUIPEMENTS OPTIONELS

Besoins matériels :

Lit médicalisé : oui non - Spécifications :

Avec potence : oui non - Si oui, potence droite ou potence gauche

Lève-malade : oui non - Verticalisateur : oui non

Déambulateur : oui non - Fauteuil coquille : oui non

Chaise percée : oui non - Réhausseur : oui non

Table adaptable : oui non -

Protections : oui non - Fauteuil roulant : oui non

Alèse jetable : oui non - Lit bébé : oui non

Autres :

Linge de lit initial : pour lits - Renouvellement pour semaines

Linge de toilette initial : pour Personnes - Renouvellement pour semaines

Autres demandes :

.....

Vous souhaitez faire une demande de services à la personne.

Merci de bien vouloir renseigner les informations suivantes
pour nous permettre d'évaluer votre besoin et de vous proposer des
prestations adaptées et un devis.

Votre demande ne constitue pas un engagement de votre part.

DEMANDE DE SERVICES A LA PERSONNE & BESOINS MEDICAUX

Nom : Prénom :

Besoins SAP

Toilette à la douche	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nbre hre/jour	Dimanche <input type="checkbox"/>
Toilette au lit	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nbre hre/jour	Dimanche <input type="checkbox"/>
Petite toilette mi-journée	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nbre hre/jour	Dimanche <input type="checkbox"/>
Habillage debout	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nbre hre/jour	Dimanche <input type="checkbox"/>
Habillage assis/allongé	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nbre hre/jour	Dimanche <input type="checkbox"/>
Couchage	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nbre hre/jour	Dimanche <input type="checkbox"/>
Aide aux repas	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nbre hre/jour	Dimanche <input type="checkbox"/>
Relai aidants *	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nbre hre/jour	Dimanche <input type="checkbox"/>
.....	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nbre hre/jour	Dimanche <input type="checkbox"/>
.....	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nbre hre/jour	Dimanche <input type="checkbox"/>

* Prise en charge individuelle et personnalisée selon vos souhaits de répit
N'hésitez pas à nous contacter pour plus de détails.

Besoins médicaux

Infirmier	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Kinésithérapeute	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
.....	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
.....	: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>