

INSCRIPTION POUR VACANCES INDIVIDUELLES

Données d'identification concernant la personne qui réserve les vacances			
Nom: .....		Prénom: .....	
Rue: .....		Numéro: .....	Boîte: .....
Code postal: .....		Commune: .....	
Téléphone: .....		E-mail : .....	
A contacter en cas d'urgence: .....		Téléphone: .....	
Données concernant toutes les personnes venant en vacances			
Vignette de la mutuelle vacancier 1	Malade ou handicapé  Oui / Non	Vignette de la mutuelle vacancier 2	Malade ou handicapé  Oui / Non
Formule de séjour			
<input type="checkbox"/> Chambre particulière		<input type="checkbox"/> Petit-déjeuner	
<input type="checkbox"/> Chambre double		<input type="checkbox"/> Demi-pension	
		<input type="checkbox"/> Pension complète	
<i>Une chambre à deux lits est réservée pour des personnes qui s'inscrivent ensemble</i>			
<i>Des vacanciers individuels doivent obligatoirement loger dans une chambre particulière.</i>			
<b>Chambre préférée * :</b>			
*Autant que possible			
Périodes de séjour			
Vous désirez réserver des vacances du			
1) ..... jusqu'au .....		3).....jusqu'au.....	
2) ..... jusqu'au .....		4).....jusqu'au.....	
<i>Si la période de vos vacances serait complète, notre Service Vacances Individuelles vous contactera le plus vite possible pour vous proposer une autre période. .</i>			

**Veillez envoyer ce formulaire ainsi que le certificat médical, dûment remplis et signé, dans les meilleurs délais à Ter Duinen. Notre service Vacances Individuelles fera alors le nécessaire pour traiter votre demande. Pour des renseignements supplémentaires, contactez notre Service Vacances Individuelles tel. 058/22 33 24 Lundi- mardi – jeudi - entre 9h00 et 12h30 et entre 13h30 et 16h00.**

Signature pour accord: .....

CERTIFICAT MEDICAL

Veillez renvoyer ce certificat médical, rempli par votre médecin, avec le formulaire d'inscription le plus vite possible au Service Vacances Individuelles de Ter Duinen. L'information ressort du secret professionnel et sera traité comme tel.

Renseignements généraux	
Nom du vacancier:.....	
Informations médicales	
Bref diagnostic: ..... ..... .....	
Mobilité:      pouvant se déplacer / voiturette permanent / voiturette grandes distances	
Votre patient prend-il lui-même ses médicaments ?      Oui / Non Si non, quels médicaments doivent être administrés par une infirmière qualifiée (nature, dose et fréquence du médicament): ..... .....	
Votre patient a-t-il besoin de kinésithérapie ?      Oui / Non Si oui, décrivez:(un attest du docteur est obligatoire - pas d'atteste = pas de kiné) .....	
Votre patient doit-il suivre un régime ?      Oui / Non Si oui, lequel:.....	
Votre patient peut-il assumer seul ses soins quotidiens ?      Oui / Non Si non, - ces soins seront-ils prodigués par des autres personnes qui accompagnent le malade ?      Oui / Non - Description des soins (Si vous avez besoin de soins nous avons besoin une attestation du docteur): ..... ..... .....	
Nom et numéro de votre infirmière à domicile :.....	
Précautions	
Votre patient souffre-t-il d'allergies connues ? .....	
Si votre patient est epileptique, indiquez la fréquence du nombre de crises les trois derniers mois ? ..... .	
Votre patient est-il incontinent (le jour et/ou la nuit) ? ..... .	
Souhaitez-vous ajouter d'autres renseignements ? ..... .	

Identification du médecin traitant:  
(cachet - adresse - téléphone)

Date et signature