

2018

SÉJOUR OXYGÈNE

DEMANDE DE PRÉ- RÉSERVATION



Participants:

.....

.....

.....

Contacts:

.....

DEMANDE de RÉSERVATION SÉJOUR OXYGÈNE 2018

A retourner à :

MONT BLANC OXYGÈNE
939 route du Villaret
74120 MEGÈVE

La réservation est enregistrée après vérification des capacités d'accueil
L'inscription est définitive à réception du règlement du séjour selon la proposition qui vous sera transmise.

❖ NOM et Prénom de la Personne Accompagnée :

.....(née).....

Né(e) le A Dpt.....hors Fr

Adresse :

Code postal : Commune :

Numéro Sécurité Sociale : /

Nom et adresse de la caisse de prévoyance caisse de retraite mutuelle médicale

.....
.....

❖ NOM et Prénom du Proche aidant:

.....(née).....

Né(e) le A Dpt.....hors Fr

Lien avec la Personne Accompagnée :

Adresse : (si différente de la Personne Accompagnée).....

Code postal : Commune :

Numéro Sécurité Sociale : /

Nom et adresse de la caisse de prévoyance caisse de retraite mutuelle médicale

.....
.....

Téléphone :

Portable :

Email :@.....

Cochez cette case si vous ne souhaitez pas que les coordonnées notées ci-dessus soient transmises par Mont Blanc Oxygène à ses partenaires (droits d'accès, de rectification et de suppression des informations personnelles / loi Informatique et Libertés du 06/01/1978).

❖ **Autre(s) personne(s) participant au séjour:**

NOM et Prénom :

Né(e) le

NOM et Prénom :

Né(e) le

❖ **Personne à prévenir en cas de nécessité** (autre que le proche participant)

NOM et Prénom :

Téléphone :

Portable :

Email :@.....

❖ **Vos choix** (Les accueils et les départs sont organisés les lundis après-midi).

- **Dates de séjour** (par ordre de préférence) :

1. Du20..... au20.....

2. Du20..... au20.....

3. Du20..... au20.....

- **Hébergement :**

Cocher votre préférence 

<i>Chambres</i>	<i>Exposition</i>	½ pension / jour / personne <i>(selon la saison)</i>	
Chambre avec un grand lit <i>(possibilité de séparer les lits sur demande)</i>	Tétras Lyre	de 80€ à 90€	<input type="checkbox"/>
Suite avec deux lits 160 <i>(2 chambres communicantes par salon et SDB)</i>	Tétras Lyre	de 85€ à 95€	<input type="checkbox"/>
Suite adaptée <i>(une chambre avec lit 140 / une chambre avec lit médicalisé 90 / SDB partagée)</i>	Roche Brune Balcon Mt Blanc	de 90€ à 100€	<input type="checkbox"/>
Chambre avec un grand lit <i>(possibilité de séparer les lits sur demande)</i>	Roche Brune Balcon Mt Blanc	de 90€ à 100€	<input type="checkbox"/>
Suite avec deux lits 160 <i>(2 chambres communicantes par salon et SDB)</i>	Roche Brune Balcon Mt Blanc	de 96€ à 110€	<input type="checkbox"/>
		Chambre avec baignoire	<input type="checkbox"/>
		Chambre avec douche	<input type="checkbox"/>

**La ½ pension comprend les repas du soir et les petits déjeuners
Les tarifs s'entendent « hors boissons »**

Accueil en journée (9h00/18h00) <i>La Belle Vire</i>	<i>Repas compris</i>	38€ par journée d'accueil	<input type="checkbox"/>
Repas du midi <i>(hors accueil de jour)</i>		20€	

Les séjours sont proposés par l'association MONT BLANC OXYGÈNE ; chaque participant s'acquitte, lors de la réservation, du montant de la cotisation annuelle fixée par l'assemblée générale :

Montant de la cotisation 2018 : **2€**

Confiez-nous le mode de transport que vous envisagez d'utiliser pour vous rendre à Megève ; nous vous aiderons à l'organiser :

--

Les renseignements fournis ont un caractère contractuel et relèvent de la seule responsabilité des rédacteurs.

La responsabilité de l'association MBO² ne pourra être engagée dans le cas d'une omission ou d'une dissimulation d'informations susceptibles d'avoir une incidence sur le déroulement du séjour ou sur les modalités d'accompagnement.

Cadre réservé à MBO² :

MedS	HBGT
ADM	DIR

Afin de nous aider à personnaliser au mieux votre séjour, nous vous invitons à renseigner avec précision le présent document. Vous êtes tout à fait libre de renseigner tout ou partie des tableaux qui suivent.

ENVIRONNEMENT et PROJET

Vos attentes pendant le séjour: (cocher les cases correspondantes)

<i>La Personne Accompagnée</i>		<i>Le Proche aidant</i>	
Rencontrer des personnes	<input type="checkbox"/>	Rencontrer des personnes	<input type="checkbox"/>
Rencontrer des professionnels	<input type="checkbox"/>	Rencontrer des professionnels	<input type="checkbox"/>
Avoir du temps pour soi	<input type="checkbox"/>	Avoir du temps pour soi	<input type="checkbox"/>
Partir en vacances dans un lieu adapté	<input type="checkbox"/>	Partir en vacances dans un lieu adapté	<input type="checkbox"/>
Participer à des activités	<input type="checkbox"/>	Participer à des activités	<input type="checkbox"/>
Lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
.....		

Environnement habituel et aides au quotidien: (cocher les cases correspondantes)

<i>La Personne Accompagnée</i>		<i>Le Proche aidant</i>	
Aides familiales	<input type="checkbox"/>	Aides familiales	<input type="checkbox"/>
Service d'aides à domicile*	<input type="checkbox"/>	Service d'aides à domicile*	<input type="checkbox"/>
Soins infirmiers à domicile*	<input type="checkbox"/>	Soins infirmiers à domicile*	<input type="checkbox"/>
Soins de kinésithérapie*	<input type="checkbox"/>	Soins de kinésithérapie*	<input type="checkbox"/>
Si vous cochez l'une de ces 3 cases : Nature des aides/soins :		Si vous cochez l'une de ces 3 cases : Nature des aides/soins :	
.....		
.....		
.....		
* Pensez à vous munir des certificats médicaux.		* Pensez à vous munir des certificats médicaux.	
Déplacements à l'intérieur avec une aide matérielle : Laquelle ?	<input type="checkbox"/>	Déplacements à l'intérieur avec une aide matérielle : Laquelle ?	<input type="checkbox"/>
.....		
Déplacements à l'extérieur avec une aide matérielle : Laquelle ?	<input type="checkbox"/>	Déplacements à l'extérieur avec une aide matérielle : Laquelle ?	<input type="checkbox"/>
.....		

Histoire de vie:

<i>La Personne Accompagnée</i>	<i>Le Proche aidant</i>
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Lieu(x) de vie :	Lieu(x) de vie :
Métier(s) exercé(s) :	Métier(s) exercé(s) :
Sports et loisirs pratiqués (ou ayant été pratiqués)	Sports et loisirs pratiqués (ou ayant été pratiqués)
Intérêt pour sport(s) et loisir(s) :	Intérêt pour sport(s) et loisir(s) :

(cocher les cases correspondantes)

<i>La Personne Accompagnée</i>	<i>Le Proche aidant</i>
Vous éprouvez des difficultés : <ul style="list-style-type: none"> • De vision <input type="checkbox"/> • D'audition <input type="checkbox"/> • De concentration <input type="checkbox"/> • De mémoire <input type="checkbox"/> • De communication <input type="checkbox"/> 	Vous éprouvez des difficultés : <ul style="list-style-type: none"> • De vision <input type="checkbox"/> • D'audition <input type="checkbox"/> • De concentration <input type="checkbox"/> • De mémoire <input type="checkbox"/> • De communication <input type="checkbox"/>
Vous présentez des troubles du sommeil : <ul style="list-style-type: none"> • Endormissement <input type="checkbox"/> • Eveils répétés <input type="checkbox"/> 	Vous présentez des troubles du sommeil : <ul style="list-style-type: none"> • Endormissement <input type="checkbox"/> • Eveils répétés <input type="checkbox"/>
Vous avez un régime alimentaire médical* : Lequel : * Pensez à vous munir du certificat médical.	Vous avez un régime alimentaire médical* : Lequel : * Pensez à vous munir du certificat médical.

Vous pouvez indiquer le groupe GIR de la Personne Accompagnée si vous le connaissez
(notification APA, notification Caisse de Retraite ou renseigné par le médecin traitant)

Éléments complémentaires que vous souhaitez nous confier :

.....

INFORMATIONS MÉDICALES

A l'attention du Médecin Traitant

Docteur,

Je vous remercie de bien vouloir glisser les informations médicales ainsi que les attestations que vous jugez utiles au meilleur accueil de votre(vos) patient(s) durant le séjour proposé par Mont Blanc Oxygène, dans une enveloppe « confidentielle » : elle sera remise à un Médecin local en lien avec le Coordinateur Médico-social de l'établissement.

Pour information notre établissement est situé à 1200m d'altitude, à 17 km du Centre Hospitalier de Sallanches et à proximité d'une maison médicale (médecins, laboratoire d'analyses médicales, infirmiers et kinésithérapeutes).

Très respectueusement.

Le Directeur de MBO²

❖ Médecin traitant:

NOM et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

J'accepte d'être contacté par l'équipe médicosociale de MBO² à des fins éventuelles de précisions.

❖ Médecin spécialiste : (le cas échéant)

NOM et Prénom :

Spécialité :

Adresse :

Téléphone :

Le

Signature et cachet du Médecin traitant