

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

Table with 4 columns: Vignette de la mutuelle vacancier 1, Malade ou handicapé, Vignette de la mutuelle vacancier 2, Malade ou handicapé. Includes 'Oui / Non' options.

Formule de séjour

- Chambre particulière
Chambre double
Petit-déjeuner
Demi-pension
Pension complète

Une chambre à deux lits est réservée pour des personnes qui s'inscrivent ensemble
Des vacanciers individuels doivent obligatoirement loger dans une chambre particulière.

Chambre préférée * :

*Autant que possible

Périodes de séjour

Vous désirez réserver des vacances du
1) jusqu'au 3).....jusqu'au.....
2)jusqu'au 4).....jusqu'au.....
Si la période de vos vacances serait complète, notre Service Vacances Individuelles vous contactera le plus vite possible pour vous proposer une autre période. .

Veuillez 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 058.22.33.24 (9h00 et 12h30 & 13h30 et 16h00) of vakantie@terduinen.be .

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, une prescription médicale original du docteur est obligatoire avec une date récente, moins de 2 mois, - 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