



SÉJOURS DE RÉPIT  
Roscoff

# Formulaire de demande

## Séjour de Répit partagé

### « Aidant-Aidé » à la maison Saint Luc

## 2025

**A compléter et retourner à l'adresse suivante :**

**Fondation ILDYS  
Séjour de répit Maison Saint Luc  
144, rue Marquise de Kergariou  
29680 ROSCOFF**

L'article L. 113-1-3 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, entrée en vigueur au 1er janvier 2016 reconnaît un statut, celui de proche aidant. *« Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. »*

Ces renseignements seront étudiés par la Fondation ILDYS avant d'accorder la participation au séjour et sous réserve du nombre de places disponibles.



**Je souhaite participer à un séjour de répit « aidant-aidé »**

- Oui  
 Oui sous réserve d'un soutien financier de ma caisse de retraite complémentaire

**Les séjours se déroulent du 17 mars au 25 octobre 2025 du lundi 11h au samedi 11h.**

**Période souhaitée :** .....  
.....  
.....

**Concernant la personne aidée :**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Adresse .....  
.....

Tél. fixe : ..... Tél. Portable : .....

Adresse mail : .....

**Concernant la personne aidante :**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Adresse .....  
.....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Adresse mail : .....

Lien avec la personne aidée : conjoint  fratrie  parent/enfant  autre

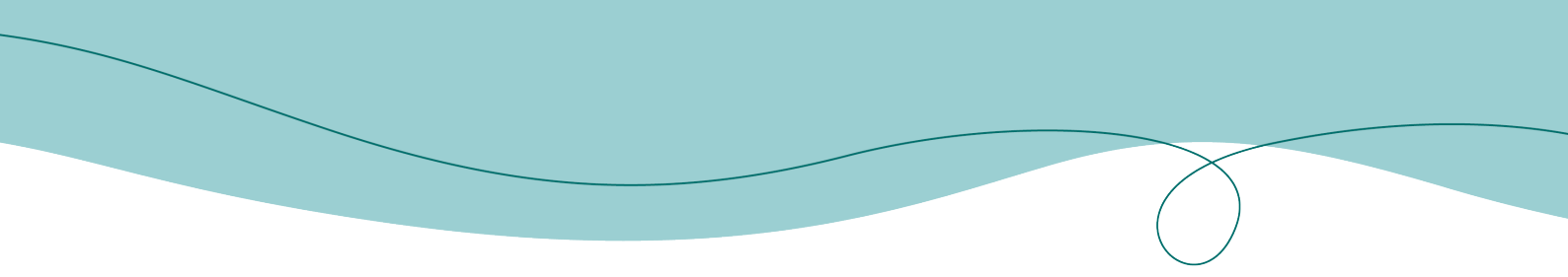
**Chambre :**

Souhaitez-vous partager la même chambre (lit double) ? Oui

Souhaitez-vous partager la même chambre (lits simples) ? Oui

Souhaitez-vous être dans des chambres séparées ? Oui

La personne aidée a-t-elle besoin d'un lit médicalisé ? Oui



**Concernant la personne aidée :**

**Bénéficiez-vous actuellement des prestations suivantes ?** Répondre par oui ou par non

Service d'aide et d'accompagnement à domicile : .....

Soins infirmiers à domicile : .....

Accueil de jour : .....

H.A.D. : .....

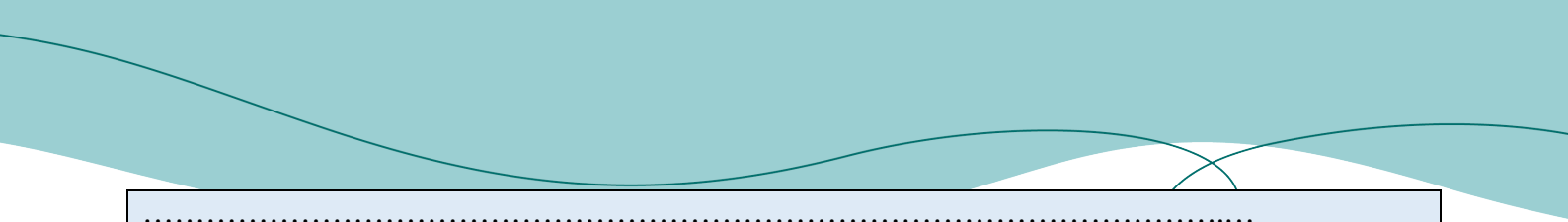
Autre (précisez) : .....

Quels problèmes d'autonomie rencontrez-vous dans les actes de la vie quotidienne ? (Levé, toilette, repas, déplacements, vie sociale...)

Utilisez-vous des aides matérielles dans votre vie quotidienne ?  
*Par exemple, canne, fauteuil roulant manuel, fauteuil électrique...*

Souhaitez-vous nous transmettre des informations afin de mieux vous accueillir ?  
(Alimentation, contre-indications pour les activités physiques...)

**Coordonnées du médecin traitant :** (Nom-Prénom-Adresse-Téléphone)



.....
.....

**Concernant la personne aidée et le proche aidant :** Quelles sont vos attentes pour ce séjour ?

## Le coût du séjour pour le binôme

- ▶ **1500 € par binôme pour un séjour du lundi au samedi matin (5 nuitées)**
- ▶ Ce tarif comprend la pension complète et l'accompagnement par deux professionnelles de la Fondation ILDYS, dont l'une est présente 24h/24h, tout au long du séjour.

## Solliciter une aide financière ?

- ▶ Certaines caisses de retraite complémentaire peuvent participer au financement du séjour.
  - Avez-vous une caisse de retraite complémentaire ? Oui    N
  - Si oui, laquelle ?
  - Caisse de l'aidant(e) : .....
  - Caisse de l'aidé (e) : .....

Si vous ne connaissez pas votre caisse de retraite complémentaire, nous vous proposons d'effectuer la recherche en nous indiquant ci-dessous, vos numéros de sécurité sociale :

- Numéro de sécurité sociale de l'aidant : ..... clé ...
- Numéro de sécurité sociale de l'aidé : ..... clé ...

Date et signature :

--	--

