

# ASSOCIATION RIVAGE – Dossier d’inscription 2017

NOM

Prénom

Date de naissance

Photo

Obligatoire

Séjour choisi :

**Adresse du lieu de résidence habituel :**

Etablissement / famille :.....

Rue :.....

CP :..... Ville :.....

Tél :

Personne référente :

Tél si urgence pendant le séjour :

**Représentant légal ou mandataire :**

Nom et prénom

Adresse :

N° de téléphone :

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles

<b>Toilette et hygiène personnelle</b>			
	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Fait sa toilette			
Se brosse les dents			
Se rase			
Se coiffe			
S’habille			
Change ses vêtements			
Change ses sous-vêtements			
Reconnaît ses vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			

# ASSOCIATION RIVAGE – Dossier d’inscription 2017

## Autres précisions

	Oui	Non	Utilise des protections	Sont-elles fournies
Hyper sialorrhée				
Est énurétique le jour				
Est énurétique la nuit				
Est encoprétique le jour				
Est encoprétique la nuit				
A peur du bain				
A peur de la douche				

## Indiquez ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

--

## Alimentation

	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
Mange			
Boit			
Faut-il mixer les aliments			
Régime alimentaire			
Risque de fausse-route			
Troubles alimentaires : boulimie, anorexie, etc...			

**Informations complémentaires sur les goûts et habitudes alimentaires (ex : quel petit déjeuner, aliments préférés ou rejetés, prend un café après les repas, utilisation des couverts adaptés, besoin d’accessoires, etc...)**

--

## ASSOCIATION RIVAGE – Dossier d’inscription 2017

<b>Nuit – sommeil – lever - coucher</b>		
	Oui	Non
Se couche tôt (préciser l’heure)		
A peur de l’obscurité		
A des difficultés pour s’endormir		
Se réveille la nuit		
A des angoisses nocturnes		
A des insomnies		
A un lever difficile		
Se lève tôt		
Fait la sieste		

### **Autres précisions et préconisations**

--

<b>Santé : motricité, prothèses</b>				
	Non	Oui	Occasionnellement	En permanence
Se déplace en fauteuil manuel				
Se déplace en fauteuil électrique				
Utilise une canne d’aide à la marche				
Port de chaussures orthopédiques				
Non voyant : Utilise une canne blanche				
A des lunettes correctrices				
Port de prothèse dentaire				
Port de prothèse auditive				

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles à l’équipe d’encadrement

--

## ASSOCIATION RIVAGE – Dossier d’inscription 2017

<b>Comportement - Habitudes de vie</b>		
	Oui	Non
La personne vit elle en couple		
La/le conjoint est-il inscrit sur le même séjour		
Sens social avec une personne connue		
Sens social avec une personne inconnue		
Objet fétiche		
Rituels		
Goûts particuliers		
Tendance à fuguer		
Troubles de la mémoire		
Délires - Hallucinations		
Phobies (préciser)		
Crise d’angoisse		
Agressivité		
Automutilation		
Comportement exhibitionniste		
Troubles obsessionnels et compulsifs		
Consommation d’alcool		
Consommation de tabac		

<b>Communication</b>			
	Oui	Non	Préciser
Voit			
Entend			
Langage verbal			
Langue gestuelle – Langue des signes			
Communique par des attitudes, un gestuel ou objet			
Communique par pictogrammes, dessins, photos...			
Communique par cris, vocalises, ou autres signes oraux			
Aphasie			
Logorrhées / itérations			

## ASSOCIATION RIVAGE – Dossier d’inscription 2017

<b>Autre potentiel</b>			
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Préciser</b>
Ecriture			
Lecture			
Lecture labiale			
Dessin			
Utilisation du téléphone			
Utilisation d’Internet			
Utilisation de logiciel adapté			
Utilisation d’une table alphabétique ou une tablette			
Lit l’heure			
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
Gère son argent de poche			
Sait réaliser un achat simple			
Se repère dans l’espace			
Se repère dans le temps			
Mémorise un lieu à atteindre			
Mémorise un trajet			
S’adapte à des lieux nouveaux			
Supporte les lieux publics			
Lit les panneaux indicateurs			
Sait demander son chemin			
Sait rentrer à heure fixe			
Sait traverser la chaussée sans danger			
Sort seul sans accompagnement			
Sort en petit groupe sans accompagnement			

<b>Activités - Loisirs - Aptitudes</b>			
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Préciser</b>
Sait faire un choix entre plusieurs activités			
Pratique régulièrement une activité sportive			
Pratique régulièrement une activité de loisirs			
Fatigable			
Peut soutenir son attention pendant un film, un spectacle			
Sait nager			
A déjà dormi sous tente, caravane, mobile home...			
Peut prendre ses repas hors du lieu de vie (restaurant, bar)			
Contre-indication à sortir le soir			

# ASSOCIATION RIVAGE – Dossier d’inscription 2017

## Fiche relative au traitement médical à renseigner **Très lisiblement**

Rappel de l’identité du vacancier :

Nom :

Prénom

Sexe :

Date et lieu de naissance :

Groupe sanguin :

Poids :

Numéro de sécurité sociale :

Déficience / handicap					
Moteur :	Sensoriel :	Mental :	Cognitif :	Psychique	Polyhandicap
Pathologie associée :					

Médecin traitant
Nom :
Prénom :
Adresse :
Tél :
Est-il joignable pendant le séjour : OUI NON
Si non, nom et téléphone du remplaçant :

Le vacancier gère t’il seul son traitement : oui avec aide non

Prise de médicaments				
	Matin	Midi	Soir	Coucher
1 – Dose :				
2 – Dose :				
3 – Dose :				
4 – Dose :				
5 – Dose :				

# ASSOCIATION RIVAGE – Dossier d’inscription 2017

Autres soins prescrits :

Vaccination à jour :			
	Oui	Non	Date du dernier rappel
Hépatite A			
Hépatite B			
Tétanos			
Grippe			
Autre :			

Allergies connues :				
Aliments				
Médicaments				
Autres				
Asthmatique	Oui	Non	Si oui date de la dernière crise	
Epileptique	Oui	Non	Si oui date de la dernière crise	

Contres indications :	Oui	Non
Baignade		
Autres activités nautiques :		
Autres activités sportives :		
L’altitude est-elle déconseillée		
Une activité soutenue est-elle déconseillée		
Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée ?		

Pour les vacancières		
Si prise de contraceptif préciser lequel :		
La vacancière gère t’elle seule sa contraception ?	Oui	Non
Date des dernières règles :		
Les règles sont-elles douloureuses	Oui	Non
Les règles sont-elles abondantes	Oui	Non
Aménorrhées	Oui	Non
Dysménorrhées	Oui	Non

Le vacancier fume-t-il des produits du tabac ?	Oui	Non
Le vacancier consomme-t-il des boissons alcooliques ?	Oui	Non
A-t’ il une consommation problématique d’alcool ?	Oui	Non

# ASSOCIATION RIVAGE – Dossier d’inscription 2017

---

## Autres recommandations médicales ou sanitaires

Lieu, date et signature du vacancier ou de son représentant

Lieu, date et signature du médecin

### Autorisation d’intervention chirurgicale :

**Nous**, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal)

Autorisons le transfert à l’hôpital par un service d’urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d’urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie sur la personne :

.....

Fait à ..... le .....

Signature du vacancier ou de son représentant légal :