NOM

Photo

Obligatoire

Prénom

|  |
| --- |
| **Séjour choisi :** |

Date de naissance

|  |
| --- |
| **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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Toilette et hygiène personnelle** | | | |
|  | 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 |  |  |  |

**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…)**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nuit – sommeil – lever - coucher** | | |
|  | 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**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Santé : motricité, prothèses** | | | | |
|  | 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

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Comportement - Habitudes de vie** | | |
|  | 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 |  |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Communication** | | | |
|  | 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 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **Autre potentiel** | | | |
|  | **Oui** | **Non** | **Préciser** |
| 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 |  |  |  |
|  | **Oui** | **Non** |  |
| 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 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activités - Loisirs - Aptitudes** | | | |
|  | **Oui** | **Non** | **Préciser** |
| 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 |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **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 : |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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 |

|  |
| --- |
| **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 : |