



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NE PAS REMPLIR – INTERNE A VA

Date de réception :

Lu par :

LE PARTICIPANT

NOM : PRENOM :

Sexe : Homme Femme Né(e) le : / /

Autonomie : A+ A B B- C

Nom du séjour :

Dates :

PHOTO
RÉCENTE
OBLIGATOIRE

SUIVI MÉDICAL :

- | | | | |
|---|---|----------------------------|---|
| A un traitement | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Epileptique (1) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Porte des lunettes | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ↳ Si oui, stabilisée | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Non voyant | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Utilise un contraceptif | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Matériel orthopédique (bas de contention ...) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ↳ S'en occupe seul | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| ↳ Si oui, précisez : | | Alzheimer | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Soins de peau / crème : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Allergie connue | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| ↳ Si oui, précisez : | | ↳ Si oui, précisez : | |

Le vacancier est-il autorisé à prendre du paracétamol (type doliprane) en cas de douleur ? oui non

(1) Les participants sujets à l'épilepsie ne sont pas admis, **seule l'épilepsie stabilisée est acceptée.**

HYGIÈNE :

- | | | | | |
|--------------------|-------------------------------------|---|--|----------------------------------|
| Se lave seul | <input type="checkbox"/> oui (A+/A) | <input type="checkbox"/> guidance verbale (B) | <input type="checkbox"/> aide partielle (B-) | <input type="checkbox"/> non (C) |
| | (Aucune présence dans la SDB) | (Guidance + aide dos/cheveux) | (aide partielle + toilette intime) | (Aide totale) |
| ↳ Précisez : | | | | |

- | | | | | |
|----------------------------|---|--|---|------------------------------|
| S'habille seul | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> stimulation verbale | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> non |
| Se rase seul | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> stimulation verbale | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> non |
| Se brosse les dents seul | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> stimulation verbale | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> non |
| Porte un appareil dentaire | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | | |
| ↳ Le lave seul | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | | |
| ↳ Le met seul | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | | |
| Va aux toilettes seul | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | S'essuie seul | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |
| Enurétique (2) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Encoprétique (2) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |
| Porte des protections | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | | |
| ↳ Les mets seul | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | | |

(2) En cas de dégradation de la literie, nous nous réservons le droit de vous adresser les factures liées aux dégâts. Merci donc de nous joindre systématiquement des alèses

CAPACITES PHYSIQUES :

- A un fauteuil roulant oui (PMR) | oui mais seulement pour les sorties extérieures | non
↳ Si oui manuel électrique dimensions :
- Le participant en fauteuil, est-il capable d'effectuer ses transferts seul ? oui non
- Nécessite un véhicule adapté au fauteuil pour les sorties (TPMR) oui non
- A un déambulateur oui non
- Béquilles ou canne oui non
- Monte / descend un escalier seul oui accompagné non
- Risque de chutes oui non
- ↳ Le vacancier est-il sensible à la douleur en cas de chute ? oui non
-

COMPORTEMENT :

- | | | | |
|---------------------------------|---|------------------------------|---|
| Crise d'agitation sans violence | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Est sujet aux hallucinations | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Difficulté d'intégration | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Tendance à fuguer | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Agressivité physique (3) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Agressivité verbale | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • Envers lui-même | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Déviance sexuelle | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • Envers les autres | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ↳ Précisez : | |
| • Envers un objet | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |
- ↳ Symptôme – fréquence de l'agressivité :
- ↳ Elément déclencheur ?
- (3) En cas d'agressivité physique envers un tiers, le vacancier sera reconduit dans son établissement ou sa famille sans remboursement possible (voir nos conditions particulières de vente).
-

REPAS & REGIMES ALIMENTAIRES :

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---|
| Prend ses repas seul | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Suit un régime alimentaire | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Mange haché | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ↳ Si oui, précisez : | |
| Mange mixé (texture lisse) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Café autorisé | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Risques de fausses routes | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ↳ Si oui, fréquence : | |
| ↳ Si oui, précisez : | | Tendance à la potomanie | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Boit de l'eau gélifiée (<u>à nous fournir</u>) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Utilise des compléments alimentaires | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
-

ALCOOL & TABAC :

- | | | | |
|---|---|------------------------|---|
| Alcool autorisé | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Tendance à l'éthylisme | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Est fumeur | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |
| ↳ Faut-il qu'un animateur gère sa consommation de tabac ? | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| ↳ A-t-il un protocole spécifique : | | | |
-

SOMMEIL – ATTENTION : PAS DE VEILLEUR DE NUIT SUR LES SEJOURS, MERCI D'EN TENIR COMPTE :

- | | | | |
|--|---|--|---|
| Se lève la nuit (4) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | A besoin d'être orienté, aidé la nuit | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| ↳ Si oui, pour quelles raisons : | | | |
| Heure habituelle du lever : | | Heure habituelle du coucher : | |
| Fait la sieste | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | A un lever difficile | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Dort en couple | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Peut avoir des angoisses / insomnies | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| ↳ Si oui, avec : | | | |

(4) Ne devant pas nécessiter l'accompagnement de l'équipe encadrante. Nos accompagnateurs sont présents 24h/24, ils ne sont donc pas en mesure d'assurer cette fonction d'accompagnement la nuit. Il n'y a pas de veilleur de nuit sur nos séjours de vacances.

SORTIES ET ACTIVITES :

Bon marcheur (+ 30 min) oui non Sortie seul autorisée (5) oui non
 Sait nager oui non Peut rester seul sur le lieu de séjour oui non
 Baignade seule autorisée (sans surveillant de baignade) oui non

(5) Les adultes ayant l'autorisation de sortir seul sans accompagnateur ne sont pas sous notre responsabilité pendant les plages de sorties. Les animateurs de séjours les laisseront donc – après repérage des lieux – vaquer à leurs occupations personnelles pendant un temps déterminé.

COMMUNICATION :

Communique par le langage oui non Sait écrire oui non
 Communique par les gestes oui non Difficulté de compréhension oui non
 Difficulté d'élocution oui non Sourd oui non
 Utilise des pictogrammes oui non Malentendant oui non
 Fiabilité de ses propos oui non Porte des appareils auditifs oui non
 Sait lire oui non Muet oui non
 Téléphone seul oui non

ARGENT DE POCHE :

Gère son argent seul oui non
 Faut-il pointer ses dépenses & son argent de poche ? oui non

SOINS INFIRMIERS : oui non

(6) ATTENTION : Nous ne prendrons pas en charge les personnes diabétiques ayant des injections.

Détail du soin :
 Injection (6) oui non Si oui, date de l'injection :
 Type d'injection :

ATTENTION

- Nous ne prenons pas les rendez-vous avec les cabinets infirmiers, nous vous transmettons une fiche de liaison à nous retourner complétée à cet effet.
- Nous ne prenons pas en charge les personnes nécessitant une injection lors des journées de transports aller et retour et lors des soirées étapes (nuit à l'hôtel). Nous ne prenons pas en charge les personnes nécessitant un traitement réfrigéré.

LOCATION DE MATERIEL :

oui non Taille : Poids :

Lit médicalisé Lit médicalisé + barrière Chaise de douche Montauban

AUTRES :

Nom & prénom de la personne que le vacancier peut contacter :
 Numéro de téléphone :
 Fréquence :

Souhaite écrire des cartes postales * oui non
 Souhaite faire et recevoir un cahier souvenir de vacances oui non

(*) Merci de joindre dans sa valise les enveloppes timbrées + nom et adresse des destinataires.

MEDECIN TRAITANT :

Nom & prénom
 Adresse :
 Code postale : Ville : Tèl :

CADRE LEGAL :

- Tutelle
- Curatelle
- Pas de mesure de protection

LA PERSONNE VIE EN :

- Famille
- Famille d'accueil
- Foyer
- Logement autonome

PERSONNE QUI SERA PREVENUE EN CAS D'URGENCE PENDANT LE SEJOUR – JOIGNABLE 24H/24 :

Nom & prénom :

En qualité de :

Téléphone fixe : **Téléphone portable (obligatoire) :**

OBSERVATION :

Merci de décrire le comportement et les particularités du vacancier :
 (Ou joindre la fiche de suivi établie par votre établissement)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels conseils donneriez-vous à nos équipes pour optimiser l'accompagnement de la vie quotidienne ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles attitudes ou solutions proposez-vous pour éviter une crise, un refus... ?

.....

.....

.....

.....

LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS DOIT ÊTRE TOTALEMENT REMPLIE

LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS NE POURRA PAS ÊTRE VALIDÉE SI LA PARTIE CI-DESSOUS N'EST PAS COMPLÈTE

Je, soussigné(e) (NOM + PRENOM)

agissant en qualité de (*parent, tuteur, référent, éducateur, chef de service ...*)

- Certifie l'exactitude des informations mentionnées
- Certifie que l'état de santé de la personne n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité dans un cadre non médicalisée. Nous vous rappelons que ce séjour ne s'adresse pas aux personnes dangereuses pour elle-même ou pour la collectivité.

Fait à le

Apposer la mention manuscrite « Lu et approuvé » et votre signature