

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PARTICIPANT

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :/...../.....

Sexe (M/F)

Autonomie : A+ A B B- C

Nom du séjour + dates :

.....

.....

PHOTO RÉCENTE OBLIGATOIRE

CAPACITÉS PHYSIQUES :

A un fauteuil roulant OUI NON

Seulement pour les sorties extérieure 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 ACCOMPAGNE NON

SUIVI MÉDICALE :

A un traitement OUI NON

S'en occupe seul OUI NON

Problème oculaire OUI NON

Porte des lunettes OUI NON

Allergie OUI NON

Épileptique (1) OUI NON

Utilise un contraceptif OUI NON

S'en occupe seul OUI NON

Non voyant OUI NON

Cardiaque OUI NON

Matériel orthopédique (bas de contention ...) OUI NON (si oui précisez :))

Soins de peau / crème :

(Merci de prévoir le passage d'une IDE)

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

HYGIÈNE :

Se lave seul OUI Stimulation verbale Aide partielle NON

Fréquence par semaine :

S'habille seul OUI Stimulation verbale Aide partielle NON

Se rase seul OUI Stimulation verbale Aide partielle NON

Se brosse les dents seul OUI Stimulation verbale Aide partielle NON

Porte un appareil dentaire : OUI NON

Le lave seul OUI NON

Le met seul OUI NON

Va au toilette seul OUI Stimulation verbale Aide partielle NON

Énurétique* Journée Nuit NON

Encoprétique* Journée Nuit NON

Porte des protections Journée Nuit NON

Les mets seul OUI NON

(*) 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.**

REPAS ET RÉGIMES ALIMENTAIRES :

Prend ses repas seul OUI NON Boit de l'eau gélifiée OUI NON
Mange mixé OUI NON Risque de fausses routes OUI NON
Café autorisé OUI NON Tendance à la potomanie OUI NON
Suit un régime alimentaire (2) OUI NON

Hypocalorique / Diabétique / Cholestérol / Autre :

(2) Pour les régimes diabétiques, nous vous demanderons le passage d'une IDE 1 fois par semaine pour un contrôle de glycémie

ALCOOL ET TABAC :

Alcool autorisée OUI NON Tendance à l'éthylisme OUI NON
Est fumeur OUI NON
Faut-il qu'un animateur gère sa consommation ? OUI NON
Protocole :

SOMMEIL :

Heure habituelle du lever : Heure habituelle du coucher :
Se lève la nuit* OUI NON
Fait la sieste OUI NON
Dort en couple OUI NON Si oui avec :
A un lever difficile OUI NON
Peut avoir des angoisses / insomnies OUI NON

() 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.*

COMPORTEMENT :

Crise d'agitation sans violence OUI NON Est sujet aux délires/hallucinations OUI NON
Difficulté d'intégration OUI NON Tendance à fuguer OUI NON
Agressivité physique (3) OUI NON Agressivité verbale OUI NON
- Envers lui-même OUI NON
- Envers les autres OUI NON
- Envers un objet OUI NON

Symptôme / Fréquence :

(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).

SORTIES ET ACTIVITÉS :

Bon marcheur OUI NON
Baignade seule autorisée (sans surveillant de baignade) OUI NON
Sait nager OUI NON
Sortie seule autorisée* OUI NON
Peut rester seul sur le lieu de séjour OUI NON

() Les adultes ayant l'autorisation de sortir seuls sans accompagnateurs ne seront pas sous notre responsabilité pendant ces plages de sorties. Les animateurs de séjours les laisseront donc – après repérage des lieux - vaquer à leur occupation personnelle pendant un temps déterminé.*

COMMUNICATION :

Communique par le langage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Sait écrire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Communique par les gestes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Difficulté de compréhension	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Difficulté d'élocution	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Sourd	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Utilise des pictogrammes (*)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Porte des appareils auditifs	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fiabilité de ses propos	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Muet	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Sait lire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Téléphone seul	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(*) si utilisation de pictogramme, merci de les fournir.

ARGENT DE POCHE :

Gère son argent seul OUI NON
 Faut-il pointer ses dépenses et son argent de poche OUI NON

SOINS INFIRMIER : OUI NON

Détail du soin :

Injection : OUI NON Si oui, fréquence ou date de l'injection :

Type d'injection :

Pour les personnes diabétiques et ayant besoin d'un passage IDE, il est obligatoire d'apporter l'appareil à glycémie, le stylo piqueur + les bandelettes, si insuline, le stylo + les aiguilles, le carnet de suivi, la prescription complète, sans cela, l'infirmière ne pourra assurer la prise en charge.

LOCATION DE MATÉRIEL : OUI NON **Taille :** **Poids :**

Détails :

ATTENTION :

- Nous n'assurons pas le suivi infirmier pour les personnes nécessitant une injection lors des transports entre le foyer ou la famille et le lieu du séjour.
- Nous ne prenons pas en charge les personnes nécessitant un traitement réfrigéré.
- Nous ne prenons pas en charge les soins infirmiers et location de matériel pour les séjours à l'étranger.

AUTRES :

Nom de la personne que le vacancier peut joindre par téléphone + n° de tel et fréquence :

.....

Souhaite recevoir des photos papier s OUI NON

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)

MÉDECIN TRAITANT :

NOM :

ADRESSE :

CODE POSTALE : VILLE : TEL :

CADRE LEGAL :

TUTELLE CURATELLE PAS DE MESURE DE PROTECTION

LA PERSONNE VITE EN :

FAMILLE FAMILLE D'ACCUEIL FOYER LOGEMENT AUTONOME

PERSONNE QUI SERA PRÉVENUE EN CAS D'URGENCE DURANT LE SÉJOUR :

NOM :

EN QUALITÉ DE :

TEL FIXE : **TEL 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 ... ?

.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e) agissant en qualité de

Ayant l'accord du tuteur légal Mr, Mme

- Certifie l'exactitude des informations mentionnées
- Autorise les responsables de VACANCES ADAPTÉES ou ses subordonnées, en cas d'urgence à soigner, hospitaliser ou pratiquer une intervention chirurgicale après un avis d'un médecin, cette personne.
Celle hospitalisation pourra être réalisée dans l'établissement public ou privé le plus adapté à la situation.

Fait à Le

Apposer la mention manuscrite « Lu et approuvé » et signature

Petit rappel des pièces à joindre au dossier :

- Copie carte mutuelle
- Copie de l'attestation CPAM
- Ordonnance si location de matériel et/ou passage IDE
- Copie de la carte d'identité

Un mois avant le départ, vous recevrez :

- La convocation vous indiquant l'heure et le lieu de RDV pour le départ et le retour
- Un pilulier jetable (si besoin et sur demande)
- Les étiquettes bagages
- Un badge
- Une fiche de suivi médicale
- Un trousseau