

# 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 : .....                    |   | <b>Alzheimer</b>           | <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 : ..... |   |

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

## HYGIÈNE :

- |                               |                              |  |   |                              |
|-------------------------------|------------------------------|--|---|------------------------------|
| Se lave seul                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> stimulation verbale | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> non |
| Fréquence par semaine : ..... |                              |  |   |                              |
| 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                 |   |                              |
| 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  non  seulement pour les sorties extérieures  
↳ 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  non  accompagné
- 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  oui  non Est sujet aux 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 de l'agressivité : .....

↳ Élément 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  oui  non Suit un régime alimentaire  oui  non
- Mange haché  oui  non ↳ Si oui, précisez : .....
- Mange mixé (texture lisse)  oui  non Café autorisé  oui  non
- Risques de fausses routes  oui  non ↳ Si oui, fréquence : .....
- ↳ Si oui, précisez : .....
- Boit de l'eau gélifiée (à nous fournir)  oui  non Tendance à la potomanie  oui  non
- Utilise des compléments alimentaires  oui  non
- 

## ALCOOL & TABAC :

- Alcool autorisé  oui  non Tendance à l'éthylisme  oui  non
- Est fumeur  oui  non
- ↳ Faut-il qu'un animateur gère sa consommation de tabac ?  oui  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)  oui  non **A besoin d'être orienté, aidé la nuit**  oui  non
- ↳ Si oui, pour quelles raisons : .....
- Heure habituelle du lever : ..... Heure habituelle du coucher : .....
- Fait la sieste  oui  non A un lever difficile  oui  non
- Dort en couple  oui  non Peut avoir des angoisses / insomnies  oui  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 seuls sans accompagnateurs 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 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**