



# 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  oui (A+/A)  guidance verbale (B)  aide partielle (B-)  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	<input type="checkbox"/> oui (PMR)   <input type="checkbox"/> oui mais seulement pour les sorties extérieures   <input type="checkbox"/> non
➔ Si oui	<input type="checkbox"/> manuel <input type="checkbox"/> électrique <input type="checkbox"/> dimensions : .....
Le participant en fauteuil, est-il capable d'effectuer ses transferts seul ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nécessite un véhicule adapté au fauteuil pour les sorties (TPMR)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A un déambulateur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Béquilles ou canne	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Monte / descend un escalier seul	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> accompagné <input type="checkbox"/> non
Risque de chutes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
➔ Le vacancier est-il sensible à la douleur en cas de chute ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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
• <b>Envers les autres</b>	<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	<b>A besoin d'être orienté, aidé la nuit</b>	<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)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Sortie seul autorisée (5)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sait nager	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Peut rester seul sur le lieu de séjour	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Baignade seule autorisée (sans surveillant de baignade)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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	<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	Malentendant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Fiabilité de ses propos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Porte des appareils auditifs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sait lire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Muet	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Téléphone seul	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

---

**ARGENT DE POCHE :**

Gère son argent seul	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Faut-il pointer ses dépenses & son argent de poche ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 .....

<input type="checkbox"/> Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Lit médicalisé + barrière	<input type="checkbox"/> Chaise de douche	<input type="checkbox"/> 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 : ..... Tél : .....

**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**