



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

LIEU SEJOUR :

DATES :

Informations sur le vacancier :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Homme

Femme

Autonomie selon la grille CNLTA :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° de sécurité sociale :

N° d'allocataire CAF :

Informations sur l'institution

Institution :

Adresse ;

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Informations sur les vaccinations

Hépatite A Non Oui Date :

Hépatite B Non Oui Date :

Tétanos Non Oui Date :

Grippe Non Oui Date :

Autre Type : Date :

Sans vaccination

Informations sur les Traitement médicaux

Traitement médicaux : Il est exigé que les traitements médicamenteux (hors injection) soient conditionnés dans un pilulier nominatif préparé avant le séjour par des personnes habilitées. L'ordonnance dactylographiée sera remise à ORLOJE au plus tard le jour du départ. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance. Pour les personnes incontinentes, prévoir alaise et protections en nombre suffisant.

Médecin traitant :

Téléphone :

Poids :Kg

Taille :Cm

Est-il joignable pendant le séjour ?

Oui

Non

Si le médecin traitant n'est pas joignable, coordonnées du médecin joignable durant le séjour :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Traitement médical Oui Non

Prend son traitement seul : Oui Non

Contraceptif Oui Non

Groupe sanguin

Rhésus

A besoin de l'intervention d'un infirmier sur le séjour Oui Non

Motif de l'intervention :

Soins infirmiers : Dans le cas où un vacancier a besoin de soin médicalisés (injection, pansements...) pendant son séjour, nous vous demandons de prendre contact avec ORLOJE. Nous vous indiquerons les coordonnées du cabinet infirmier le plus proche du séjour, afin que vous preniez le premier rendez-vous. Ensuite vous devez nous confirmer par mail la date et l'heure du rendez-vous

Alimentation

- Mange : Seul Avec aide ponctuelle Avec aide constante
 Boit : Seul Avec aide ponctuelle Avec aide constante
 Faut-il mixer les aliments ? Oui Non
 Type de texture : Mouliné Mixé Lisse
 Précision :
 Régime alimentaire : Oui Non
 Précision :
 Risque de fausse route : Oui Non
 Mange avec : Cuillère Fourchette Paille
 Précision :
 Troubles alimentaires : Oui Non
 Type de trouble alimentaire : Boulimie Anorexie Autre :.....
 Précision :
 Allergie alimentaire : Oui Non
 Précision :

Informations complémentaires sur les goûts et habitudes alimentaires (ex : quel petit déjeuner, aliments préférés ou rejetés, prend un café après les repas, utilisation de couverts spécifiques, besoins d'autres matériels, etc.)

Physique

- Handicap physique : Oui Non
 Si oui lequel :.....
 Se déplace en fauteuil : En permanence Occasionnellement Non
 Utilise une chaise de douche En permanence Occasionnellement Non
 Utilise un lit douche Oui Non
 Utilise un lit médicalisé Oui Non
 Utilise un lève personne Oui Non
 Utilise une barrière de lit Oui Non
 Utilise un déambulateur : En permanence Occasionnellement Non
 Utilise une canne d'aide à la marche : En permanence Occasionnellement Non
 Port de lunettes correctrices : En permanence Occasionnellement Non
 Port de lentilles : En permanence Occasionnellement Non
 Port d'une prothèse dentaire amovible : En permanence Occasionnellement Non
 Port d'une prothèse auditive : En permanence Occasionnellement Non
 Port de chaussures orthopédiques : En permanence Occasionnellement Non
 Est à risque de chute Oui Non
 Est porteur d'une stomie Oui Non
 Marche seul(e) : Oui Non Besoin d'aide

Activités sportives et de loisirs

- Sait nager : Oui Non
 Baignade autorisée : Oui Non
 Equipement baignade Brassard Bouées Tiralo Sans équipement
 Précisions :
 Equitation : Oui Non Besoin d'aide
 Vélo : Oui Non Besoin d'aide
 Peut suivre une randonnée : Oui Non Besoin d'aide
 Se fatigue rapidement : Oui Non
 Précisions :
 Sait faire un choix parmi plusieurs activités : Oui Non
 Pratique régulière d'une ou plusieurs activités : Oui Non
 Si oui précisez :
 Peut soutenir son attention de manière prolongée (durée d'un spectacle, d'un film) : Oui Non
 S'impatiente rapidement Oui Non Parfois

Activité manuelle	<input type="checkbox"/> Aime	<input type="checkbox"/> N'aime pas	<input type="checkbox"/> Parfois
Collage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Découpage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Coloriage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Dessin	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Assemblage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Modelage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Pliage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Imagination			
Aime lire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Aime écouter des histoires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Aime la musique	<input type="checkbox"/> Faire	<input type="checkbox"/> Ecouter	
Style de musique :			
Aime danser	<input type="checkbox"/> Faire	<input type="checkbox"/> Voir	
Aime le théâtre (ou spectacle)	<input type="checkbox"/> Faire	<input type="checkbox"/> Voir	
Activité physique	<input type="checkbox"/> Aime	<input type="checkbox"/> N'aime pas	<input type="checkbox"/> Parfois
Le vacancier est en capacité de :			
Attraper (balles, ballons, frisbee...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Lancer (balles, ballons, frisbee...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Taper avec une raquette	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Sauter à pied joint	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Courir	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Autre :			
Réflexion			
Le vacancier aime-t-il ?			
Jeux de lettre (scrabble...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Jeux de stratégie (Dames...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Jeux de logique (Domino...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Jeux de rapidité (Dobble...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Jeux de mémoire (Puzzle, memory...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Jeux de carte (UNO...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Cinéma			
Va au cinéma	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Aime les films	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Type de film :			
Télévision			
Type d'émission :	<input type="checkbox"/> Magazine	<input type="checkbox"/> Journal télévisé	<input type="checkbox"/> Comédie <input type="checkbox"/> Documentaire
	<input type="checkbox"/> Autre :		
Sortie			
Aime :	<input type="checkbox"/> Parc d'attraction	<input type="checkbox"/> Aller au marché	<input type="checkbox"/> Brocante <input type="checkbox"/> Musée
	<input type="checkbox"/> Zoo	<input type="checkbox"/> Concert	<input type="checkbox"/> Spectacle <input type="checkbox"/> Plage
	<input type="checkbox"/> Piscine	<input type="checkbox"/> Bowling	<input type="checkbox"/> Théâtre <input type="checkbox"/> Château
	<input type="checkbox"/> Eglise	<input type="checkbox"/> Accrobranche	<input type="checkbox"/> Karting <input type="checkbox"/> Médiation animale
	<input type="checkbox"/> Sortie équitation	<input type="checkbox"/> Promenade forêt	<input type="checkbox"/> Restaurant <input type="checkbox"/> Visite à la ferme
	<input type="checkbox"/> Autre :		
Peut prendre les repas en dehors du lieu de séjour habituel :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Contre-indication à sortir le soir :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Peur de la foule	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

Mentale

Déficience mentale	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère
Troubles du caractère	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Léger	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Sévère
Comportement obsessionnel	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Léger	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Sévère
Précision :				
Phobie	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère
Type de phobie	<input type="checkbox"/> Eau	<input type="checkbox"/> Vertige	<input type="checkbox"/> Animaux	<input type="checkbox"/> Bruit et son violent (concert, feux d'artifice)
	<input type="checkbox"/> Autre :			
Hallucinations	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère
Délire	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Léger	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Sévère
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Léger	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Sévère
Agressivité verbale	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère
Passage à l'acte violent envers soi-même	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Léger	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Sévère
Passage à l'acte violent envers autrui	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Léger	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Sévère
Troubles obsessionnels et compulsifs	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Léger	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Sévère
Précision :				
Tendance à fuguer	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère
Crises caractérielles	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère
Autisme		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Psychotique		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Crises d'angoisse		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Automutilation		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Mise en danger de soi (refus de soins, etc.)		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Comportements exhibitionnistes		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Relationnel encadrement		<input type="checkbox"/> Facile	<input type="checkbox"/> Variable	<input type="checkbox"/> Difficile
Relationnel groupe		<input type="checkbox"/> Facile	<input type="checkbox"/> Variable	<input type="checkbox"/> Difficile

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

Communication

Voit :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Avec correction
Entend :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Avec correction
Communique par le langage verbal :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Utilise une langue gestuelle (langue des signes française, etc.) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Utilise une langue gestuelle tactile :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Communique par des attitudes, un gestuel ou des objets :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Communique par pictogrammes, dessins, photos :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Communique par des cris, vocalises ou autres signes oraux :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Aphasie :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Logorrhées/itérations :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Ecriture :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Lecture :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Dessin :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires

Sorties et déplacements

Se repère dans l'espace :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Se repère dans les lieux familiers :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Se repère vite :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Se repère dans le temps :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Mémorise un lieu à atteindre :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Mémorise un trajet :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
S'adapte à des lieux nouveaux :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Supporte les lieux publics :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Lit l'heure :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Lit les panneaux indicateurs :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Sait demander son chemin :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Sait rentrer à heures fixes :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Sait traverser la chaussée sans danger :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Est autorisé à sortir seul sans accompagnement :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Est autorisé à sortir en petit groupe sans accompagnement :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		

La personne inscrite est

Epileptique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui fréquence des crises		
Epilepsie stabilisée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Ethylique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Remarques		
Cardiopathe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Remarques		
Allergique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Remarques		
Asthmatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Remarques		
Diabétique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans insuline
Fréquence des injections d'insuline	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Midi	<input type="checkbox"/> Soir
Précision :		

Autonomie

Fait sa toilette :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Aide constante
Se brosse les dents :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Aide constante
Se rase :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Aide constante
Se coiffe :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Aide constante
S'habille :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Aide constante
Change ses vêtements sales :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Aide constante
Change ses sous-vêtements sales :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Aide constante
Se chausse :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Aide constante
Va aux toilettes :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Aide constante
Peut monter des escaliers :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Aide constante
Peut dormir sur un lit superposé :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Est énéurétique le jour :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

- Précision :
 Est énurétique la nuit : Oui Non
 Précision :
 Est encoprétique le jour : Oui Non
 Précision :
 Est encoprétique la nuit : Oui Non
 Précision :
 Utilise des protections * : Oui Non
 Précision :

*Nous vous rappelons qu'il vous faut fournir les protections.

- Gère son argent de poche : Autonome Avec aide Non
 Peut effectuer un achat simple : Autonome Avec aide Non
 Acheteur compulsif Oui Non
 Cleptomane Oui Non

Remarques :

Indiquez ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

Habitudes de vie et comportement

- La personne vit-elle en couple ? : Oui Non
 La /le conjoint(e) participe au même séjour : Oui Non
 Si oui, nom du conjoint(e) :
 Chambre partagé par les conjoints Oui Non
 Tabac : Oui Non
 Si oui consommation :
 Gestion de sa consommation seul(e) Oui Non
 Alcool : Oui Non
 Si oui consommation :
 Café : Oui Non
 Décaféiné : Oui Non
 Goûts particuliers : Oui Non
 Si oui précisez :
 Objet fétiche : Oui Non
 Si oui, précisez :
 Se couche tôt (préciser l'heure) : Oui Non
 Heure :.....
 A peur de l'obscurité : Oui Non
 Si Oui Veilleuse Porte ouverte
 A des difficultés pour s'endormir : Oui Non
 Se réveille la nuit : Oui Non
 A des angoisses nocturnes : Oui Non
 A des insomnies : Oui Non
 Déambule la nuit : Oui Non
 Somnambule Oui Non
 Somniloque Oui Non
 A un lever difficile : Oui Non

Si Oui, conduite à tenir :

- Se lève tôt (précisez l'heure) : Oui Non
 Heure :.....
 Fait la sieste : Oui Non

Informations complémentaires

Eléments utiles à l'équipe d'animateurs –accompagnateurs pour la préparation du séjour, la mise en place du planning des activités etc.

Précisions sur les angoisses, rituels et habitudes de vie (Afin que l'équipe d'animateurs accompagnateurs respecte si possible ces habitudes et comprenne ce qui peut générer de l'angoisse chez la personne inscrite afin d'avoir une réponse adaptée.)

Attentes vis à vis des vacances

Activités et visites que la personne inscrite souhaiterait voir mise en place

Nous vous invitons également à nous fournir en complément de ce document toute information utile au respect des attentes et capacités de la personne inscrite.

Renseignements médicaux concernant l'adulte : Veiller à nous informer par mail ou par téléphone de toute évolution de l'état de santé, renseignements médicaux (intervention d'infirmière, besoins supplémentaires, régime alimentaire...) ainsi que de toute modification administratif (nouvelle carte de mutuelle...) entre la période d'inscription et le début du séjour. Toute discordance entre le dossier et l'autonomie réelle du vacancier pourra entraîner un changement de séjour, voire une annulation, de la part de l'Association.

Je soussigné(e)
agissant en qualité de

déclare exacts les renseignements portés ci-dessus.

Signature

Cadre réservé à l'association

Validé

En attente

Non adapté à l'autonomie choisie