

## 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 la personne à contacter**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

**Informations sur les vaccinations**

Type \_\_\_\_\_ Date :

Type \_\_\_\_\_ Date :

Type \_\_\_\_\_ Date :

Type \_\_\_\_\_ Date :

Sans vaccination

**Informations sur les Traitement médicaux**

Médecin traitant :

Téléphone :

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 : .....

Vous devez prendre contact avec un(e) infirmier(e). Pour une bonne organisation du séjour nous vous demandons de contacter Orloje qui vous transmettra les coordonnées de l'infirmier(e) proche du lieu de séjour. Nous vous remercions de nous informer de la mise en place de l'intervention.

## Alimentation

Mange :  Seul  Avec aide ponctuelle  Avec aide constante  
 Boit :  Seul  Avec aide ponctuelle  Avec aide constante

## Informations sur le régime alimentaire

Faut-il mixer les aliments ?  Oui  Non  
 Précision :  
 Régime alimentaire :  Oui  Non  
 Précision :  
 Risque de fausse route :  Oui  Non  
 Précision :  
 Troubles alimentaires :  Oui  Non  
 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 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  
 Marche seul(e) :  Oui  Non  Besoin d'aide  
 Sait nager :  Oui  Non  Besoin d'aide  
 Baignade autorisée :  Oui  Non  
 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 :

## Activités sportives et de loisirs

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  
 Peut prendre les repas en dehors du lieu de séjour habituel :  Oui  Non  
 Contre-indication à sortir le soir :  Oui  Non  
 Peur de la foule  Oui  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
Phobie	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère
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
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 :		
Mémoire un lieu à atteindre :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précision :		
Mémoire 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	.....		
Cleptomane	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Remarques	.....		
Cardiopathie	<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	
Fréquence des injections d'insuline	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Midi	Soir <input type="checkbox"/>

## 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 :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Aide constante
Change ses sous-vêtements :	<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"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Aide constante

- Est énurétique le jour :  Oui  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

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) :  
 Tabac :  Oui  Non  
 Si oui consommation :  
 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  
 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  
 A un lever difficile :  Oui  Non  
 Se lève tôt (précisez l'heure) :  Oui  Non  
 Heure :.....  
 Fait la sieste :  Oui  Non

Informations complémentaires

**Éléments utiles à l'équipe d'animateurs –accompagnateurs pour la préparation su 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. De plus, nous vous remercions de bien vouloir nous informer de toute modification des éléments du dossier avant le 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