

Nom et prénom du. de la vacancier.ère :

Sexe : H F Né.e le : Age :

Lieu de vie et adresse :

.....

Votre Photo

Merci de remplir cette fiche le plus minutieusement possible afin de transmettre le plus d'informations aux équipes

MODE DE DEPLACEMENT

- Se déplace en fauteuil roulant oui non en permanence occasionnellement électrique manuel
- Marche seul.e oui non avec aide tient le bras déambulateur canne
- Sait se repérer dans l'espace oui non avec aide
- Peut marcher plus d'une heure oui non Durée :
- Monte un escalier seul.e oui non avec aide
- Sort seul.e oui non
- Chaussures orthopédiques oui non

VIE QUOTIDIENNE

Hygiène

- Fait sa toilette seul.e oui non avec aide verbale physique
- S'il s'agit d'un homme : Se rase seul oui non avec aide manuel électrique Fréquence :
- S'il s'agit d'une femme : Est-elle réglée oui non
- Gère ses menstruation seule ? oui non avec aide Fréquence :
- Se douche seul.e oui non avec aide verbale physique
- S'habille seul.e oui non avec aide verbale physique
- Se chausse seul.e oui non avec aide bas de contention
- Reconnaît ses vêtements oui non avec aide
- Change ses vêtements seul.e oui non avec aide
- Pense à aller aux toilettes seul.e oui non avec aide
- Y a-t-il des risques d'énurésie : oui non Si oui, à quelle fréquence : jour nuit occasionnellement
- Y a-t-il des risques d'encoprésie : oui non Si oui, à quelle fréquence : jour nuit occasionnellement

Sommeil

- Se couche avant 20h oui non Heure - Se lève avant 7h oui non Heure
- A un rituel d'endormissement oui non Précisez
- A des angoisses nocturnes, insomnies oui non
- Se lève la nuit oui non Si oui, précisez.....
- A un lever difficile oui non Si oui, précisez.....
- Fait la sieste oui non occasionnellement
- Peut dormir avec d'autres personnes durant le séjour : oui non occasionnellement
- Lit médicalisé oui non
- Appareil ou assistance respiratoire oui non

RENSEIGNEMENT CONFIDENTIEL – SEJOURS ADAPTES

Alimentation

- Mange seul.e oui non avec aide couverts adaptés
- Faut-il mixer les aliments oui non - Faut-il gélifier l'eau oui non
- Porte un appareil dentaire oui non **Si oui, se le gère** oui non
- Autorisé.e à boire de l'alcool oui non occasionnellement **Fréquence :**
- Autres remarques (potomanie, fausse route, rituels, mange vite, troubles de l'alimentation, particularité alimentaires...) :

SANTE ET TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Surdité oui non totale partielle appareil auditif
- Problèmes de vue oui non cécité totale porte des lunettes
- Traitement médical oui non **Si oui, la prise de traitement est-elle aisée :** oui non
- Diabétique oui non - Epileptique oui non - Asthme oui non
- Allergies oui non **Si oui, laquelle ?**
- Tabagisme oui non **Si oui nombre et gestion quotidienne :**
- Phobie connue oui non **Si oui laquelle ou lesquelles ?**
- A besoin en permanence d'un objet oui non **Si oui lequel**
- Peut se mettre en danger, fuguer oui non **Si oui, circonstances et gestions des crises :**

COMMUNICATION, RELATION, SEXUALITE

- Communique par le langage oui non **Sinon : Forme de la communication :** Gestes Cris Pictogrammes
Autres
- La relation peut-elle être difficile ? oui non **Si oui, circonstances et gestions des crises**
- Sait téléphoner oui non - Sait lire oui non - Sait écrire oui non
- A une relation amoureuse régulière oui non
- Vit en couple oui non **Si oui, le/la conjoint. est-il/elle inscrit.e sur le même séjour** oui non
- Désire une chambre commune oui non
- Autre remarque concernant la sexualité

ACTIVITES ET LOISIRS

- Choisit une activité parmi plusieurs oui non avec aide
- Peut soutenir son attention de façon prolongée ? oui non **Durée :**
- Pratique régulièrement un/des sport/s oui non **Si oui, lequel / lesquels ?**
- La Baignade est-elle autorisée ? oui non **Si oui, la personne sait-elle nager ?** oui non
- Centres d'intérêts
- Envie spécifique pour les vacances
- Gère seul.e son argent oui non avec aide
- Sait faire un achat simple oui non avec aide

Autres informations qui pourraient nous être utiles pour mieux accueillir la personne :

.....

.....