

## À retourner avant le 30 avril 2025

### Mes coordonnées

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... Sexe :  M  F

Adresse de mon lieu de vie : .....

Je vie :  Foyer d'hébergement  Foyer de vie  M.A.S.  F.A.M.  
 Structure hospitalière  E.H.P.A.D  Logement Autonome  
 Famille  Famille d'accueil  
 Service d'accompagnement, Précisez : .....  Autre, Précisez : .....

**Photo  
d'identité  
obligatoire**

(récente de moins  
de 3 mois)

Précisez le nom de l'organisme / foyer : .....

Numéro de téléphone joignable 24 h/24 (OBLIGATOIRE):.....

### Personne chargée de l'inscription

Nom : .....

Prénom : .....

### Séjour choisi

Nom du séjour : .....

Dates du séjour : .....

### Convocation à adresser à :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

### Facturation à adresser à :

Organisme : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

Je suis sous un régime de protection juridique :

NON

TUTELLE

CURATELLE

### À joindre avec la fiche d'inscription :

Photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité.

Photocopie de votre carte d'invalidité en cours de validité.

# ➤ Dossier d'inscription

DI

■ **Avez-vous des frères et sœurs ?** Oui  Non

■ **Donner leurs prénoms :** .....

.....

.....

## ■ **Votre Niveau d'autonomie**

### ● **Autonomie**

Bonne autonomie, sociable, dynamique, pratique, présence discrète de l'encadrement.

Autonomie relative

Nécessité d'intervention dans différents domaines (prise de médicaments, argent de poche, activités...)

Stimuler dans les actes de la vie courante (toilette, habillage). Accompagnement actif.

Non autonome. Aide effective dans les actes de la vie quotidienne. Encadrement constant.

Prise en charge très importante, rapprochée et permanente, nécessitant des locaux et matériels appropriés.

### ● **Physique**

Pas de problème moteur, bon marcheur

Pas de problème moteur. Se déplace sans difficulté pour de petites « promenades ». Fatigable.

Problèmes moteurs. Marche avec l'aide « ponctuelle » d'un tiers, d'un appareillage particulier ou d'un fauteuil roulant.

Personne ne quittant pas ou peu de son fauteuil. Dépendant d'une tierce personne.

### ● **Comportement**

Comportement sociable, ne laissant pas apparaître de problème particulier.

Comportement ritualisé repérable, instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger, mais pouvant avoir des périodes de grande angoisse et de retrait.

Comportement instable et atypique.

Période de grande angoisse par crise.

Risque d'automutilation et/ou d'agression.

### ● **Communication verbale**

Possède le langage

Compréhension générale, mais langage pauvre

Verbalisation inexistante.

Mode de communication très complexe

### **Renseignements pratiques**

#### ● **Aptitude à se déplacer**

Fauteuil roulant manuel Oui  Non

Fauteuil électrique Oui  Non

Difficultés motrices Oui  Non

Fatigable à la marche Oui  Non

Marche plus d'1 km Oui  Non

Peut monter un escalier sans difficulté Oui  Non

Station debout pénible Oui  Non

Béquilles ou Cannes Oui  Non

Coquille orthopédique Oui  Non

#### ● **Autonomie**

Avez-vous besoin d'aide pour :

- Manger Oui  Non

- Se laver Oui  Non

- S'habiller Oui  Non

- Aller aux w.-c. Oui  Non

Êtes-vous propre le jour? Oui  Non

Êtes-vous propre la nuit? Oui  Non

Dormez-vous bien? Oui  Non

Avez-vous des difficultés d'endormissement? Oui  Non

Vous occupez-vous de votre linge? Oui  Non

Gérez-vous votre argent de poche? Oui  Non

#### ● **Aptitude de communication et de comportement**

Savez-vous lire? Oui  Non

Savez-vous écrire? Oui  Non

Parlez-vous facilement? Oui  Non

Avez-vous des difficultés auditives? Oui  Non

Avez-vous des difficultés visuelles? Oui  Non

Portez-vous des lunettes? Oui  Non

(Renseignements médicaux pour les verres à nous joindre)

Êtes-vous non voyant? Oui  Non

Connaissez-vous la valeur de l'argent? Oui  Non

Avez-vous des troubles du comportement? Oui  Non

Vous arrive-t-il de partir sans prévenir? Oui  Non

Avez-vous des comportements dangereux pour les autres et pour lui-même? Oui  Non

(Y compris dans l'expression de sa sexualité)?

Êtes-vous agressif? Oui  Non

Portez-vous des prothèses? Oui  Non

Si oui, lesquelles? .....

Relations avec l'extérieur? .....

Relations avec l'encadrement? .....

#### ● **Courrier**

À qui pouvez-vous écrire pendant le séjour? Précisez qui sont ces personnes pour vous (grands-parents, parents, amis...) et donnez leurs coordonnées :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# ➤ Dossier d'inscription

DI

## ● Loisirs

Quelles activités vous pratiquez ou avez-vous déjà pratiquées. Cochez les cases correspondantes :

- Camping
- Équitation
- Bateau
- Tennis
- Natation
- Autres (précisez) :

## ● Comment occupez-vous votre « temps libre » ?

## ● Informations sur la vie quotidienne

Afin de mieux vous connaître, quelles sont vos « petites habitudes » :

- Le réveil : .....

- Composition du petit-déjeuner : .....

- La toilette : .....

- Le coucher : .....

## ● Autres informations importantes à connaître

Êtes-vous asthmatique? Oui  Non

Êtes-vous épileptique? Oui  Non

Si oui, manifestation habituelle : .....

Fréquence : .....

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre : .....

Êtes-vous soumis à un régime alimentaire? Oui  Non

Lequel? : .....

La nourriture doit-elle être mixée? Oui  Non

La nourriture doit-elle être hachée? Oui  Non

Êtes-vous fumeur? Oui  Non

Gérez-vous votre consommation? Oui  Non

Si non, préciser la gestion de votre consommation : .....

Savez-vous nager? Oui  Non

La baignade est-elle autorisée? Oui  Non

## ● Traitement

Avez-vous un traitement? Oui  Non

Gérez-vous seul votre traitement? Oui  Non

Avez-vous besoin de soins infirmiers? Oui  Non

Précisez : .....

## ● Contre-indications

- Alcool : .....

- Alimentaires : .....

- Sportives : .....

- Divers : .....







## ➤ Fiche de liaison (d'urgence)

**Pour chaque inscription, remplissez le dossier d'inscription et le dossier médical**

Dossier  
à caractère  
confidentiel

**Nom du Vacancier:** .....

Age: ..... Poids: ..... Taille: .....

Coordonnés Médecin Traitant: .....

.....

### ■ Renseignements médicaux

Description aussi précise que possible du handicap: .....

.....

.....

### ■ Examen

- Cardiaque: .....

- Pulmonaire: .....

- Digestif: .....

- Uro-génital: .....

### ■ Rapport de comportement

Troubles de la vue? ..... Oui  Non

Troubles de l'ouïe? ..... Oui  Non

Troubles caractériels? ..... Oui  Non

Troubles de la parole ..... Oui  Non

Énurésie? ..... Oui  Non

Encoprésie? ..... Oui  Non

Éthylisme? ..... Oui  Non

Asthme? ..... Oui  Non

Doit-on s'attendre à des crises comitiales? ..... Oui  Non

Manifestation habituelle: .....

Fréquence: .....

Maladie et accidents (dates): .....

Interventions chirurgicales récentes: .....

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre: .....

.....

Age d'apparition des règles (pour les filles): .....

Sont-elles régulières: ..... Oui  Non

Sont-elles douloureuses: ..... Oui  Non

Contraception? ..... Oui  Non

Si oui, lequel? .....

Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire? ..... Oui  Non

Lequel? .....

Les prescriptions: .....

La nourriture doit-elle être mixée? ..... Oui  Non

Pré-hachée? ..... Oui  Non

Allergies connues: Alimentaires  .....

Médicamenteuses  .....

Tous les vaccins sont-ils à jour? ..... Oui  Non

Est-il fumeur? ..... Oui  Non

La baignade est-elle autorisée? ..... Oui  Non

Sait-il nager? ..... Oui  Non

# ➤ Fiche de liaison (d'urgence)

## ■ Traitement

Traitement: le vacancier est-il soumis à un traitement permanent? Oui  Non

Le vacancier prend-il ses médicaments seul? Oui  Non

A-t-il besoin de soins infirmiers? Oui  Non

Précisez: .....

.....

.....

.....

**Remettre obligatoirement, au moment de départ, les médicaments en quantité suffisante au Responsable ou à son représentant, l'ordonnance médicale, un **semainier**, la **photocopie du carnet de vaccinations** et éventuellement la prescription pour les régimes alimentaires.**

## ■ Observations ou autres indications médicales

.....

.....

.....

## ■ Contre-indications

Alimentaires: .....

Sportives: .....

Baignades: .....

Boissons alcoolisées: .....

Divers: .....

.....

.....

## Certificat d'admission en séjour de vacances

Je soussigné, Docteur .....

certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical,

certifie que l'adulte .....

peut être admis dans le séjour de vacances choisi.

À ..... Le .....

**Signature et cachet du médecin.**