

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(à retourner au responsable du séjour en MAI)

Séjour : Dates :

Nom : Prénom :

Vit en appartement seul(e)/ avec d'autres personnes /en foyer hébergement /en famille

Vit ou a une relation de couple OUI NON

-Si oui nom et prénom de l'autre personne

(si elle vient sur le même séjour)

- souhaitent-ils partager la même chambre OUI NON

Personne à contacter durant le séjour :

Tél :

A remplir impérativement

Suit un traitement médical OUI NON (Observations

- Si oui Matin Midi Soir

- Si oui le prend-il (elle) seul(e) OUI NON (Observations

- Si oui joindre obligatoirement l'ordonnance (ou la photocopie) récente des soins .

Moyen de contraception OUI NON Lequel ?

CAPACITES PHYSIQUES / PSYCHIQUES	LE QUOTIDIEN																																																																																																																				
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="text-align: center;">Oui - Non</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>S'habille seul</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>A stimuler <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fait sa toilette seul</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>A stimuler <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mange seul</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>A stimuler <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Régime alimentaire</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lequel ?.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Marche seul</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Avec aide <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problème moteur</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lequel ?.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Appareillage</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>De quel type ?.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se repère bien dans l'espace</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Moyennement <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Se repère bien dans le temps</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Moyennement <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Oui - Non			S'habille seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A stimuler <input type="checkbox"/>	Fait sa toilette seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A stimuler <input type="checkbox"/>	Mange seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A stimuler <input type="checkbox"/>	Régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lequel ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Marche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>	Problème moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lequel ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		De quel type ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Se repère bien dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyennement <input type="checkbox"/>	Se repère bien dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyennement <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="text-align: center;">Oui - Non</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Alcool autorisé</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Café autorisé</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cigarettes autorisée</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nbre/jour</td> </tr> <tr> <td>Baignade autorisée</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Avec surveillance</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sait Nager</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sait lire , écrire</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gère son argent de poche seul</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>partiellement <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Si partiellement, somme à</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Donner et fréquence</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Peut sortir seul</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Peut rester seul sur le lieu du séjour</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se lève tôt (Avant 7h00)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se couche tôt (avant 22h00)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sait se raser</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		Oui - Non			Alcool autorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Café autorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cigarettes autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nbre/jour	Baignade autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Avec surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sait Nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sait lire , écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Gère son argent de poche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	partiellement <input type="checkbox"/>	Si partiellement, somme à				Donner et fréquence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Peut sortir seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Peut rester seul sur le lieu du séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Se lève tôt (Avant 7h00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Se couche tôt (avant 22h00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sait se raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oui - Non																																																																																																																				
S'habille seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A stimuler <input type="checkbox"/>																																																																																																																		
Fait sa toilette seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A stimuler <input type="checkbox"/>																																																																																																																		
Mange seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A stimuler <input type="checkbox"/>																																																																																																																		
Régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Lequel ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Marche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>																																																																																																																		
Problème moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Lequel ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
De quel type ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Se repère bien dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyennement <input type="checkbox"/>																																																																																																																		
Se repère bien dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyennement <input type="checkbox"/>																																																																																																																		
	Oui - Non																																																																																																																				
Alcool autorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Café autorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Cigarettes autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nbre/jour																																																																																																																		
Baignade autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Avec surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Sait Nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Sait lire , écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Gère son argent de poche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	partiellement <input type="checkbox"/>																																																																																																																		
Si partiellement, somme à																																																																																																																					
Donner et fréquence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Peut sortir seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Peut rester seul sur le lieu du séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Se lève tôt (Avant 7h00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Se couche tôt (avant 22h00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			
Sait se raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																			

GENERAL																																																									
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="text-align: center;">Oui - Non</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Tendance à fuguer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Manifestation agressive</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- envers lui</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- envers les autres</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Epilepsie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Fréquence</td> </tr> <tr> <td>Ethylisme</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enurésie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-si oui, porte-il des protections ?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cardiopathie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Allergies</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lesquelles ?.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Difficultés d'élocution</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Difficultés du comportement ou de la personnalité</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		Oui - Non			Tendance à fuguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Manifestation agressive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- envers lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence	Ethylisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/>	-si oui, porte-il des protections ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/>	Cardiopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lesquelles ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Difficultés d'élocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Difficultés du comportement ou de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p><u>Ce que l'adulte aime faire :</u></p> <p><u>Ce que l'adulte attend de ses vacances :</u></p> <p><u>Vos conseils :</u></p>
	Oui - Non																																																								
Tendance à fuguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Manifestation agressive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
- envers lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
- envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence																																																						
Ethylisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Enurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/>																																																						
-si oui, porte-il des protections ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/>																																																						
Cardiopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Lesquelles ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Difficultés d'élocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Difficultés du comportement ou de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							

Je soussigné(e)..... agissant en qualité de déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant , toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de l'adulte. (Hospitalisation - Soins médicaux...)

A..... Le.....

Adresse où nous devons vous faire parvenir la feuille de rendez-vous (qui comporte l'adresse du lieu de séjour, le rappel des rendez-vous, ainsi que le badge et les étiquettes pour les bagages), si elle est différente de l'adresse de l'établissement :

Numéro de téléphone où il sera possible de joindre un responsable (ou un éducateur de permanence) :

Le jour du départ : _____

Le jour du retour : _____

Signature du responsable légal :

PHOTO
OBLIGATOIRE