

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

pour vérifier l'adaptation du séjour à la demande du participant

LE PARTICIPANT

Est-il déjà parti en vacances collectives ?

oui non

La demande du participant est-elle :

- plutôt exprimée par le participant ?
- plutôt la volonté de l'équipe encadrante ?
- plutôt le désir des parents ?

SA VIE SOCIALE

Il y a-t-il des attentes particulières quant au séjour demandé (activité, rythme et cadre de vie...) ?

- de la part du participant
- de la part de l'équipe encadrante

Précisez :

.....
.....
.....
.....

Est-il habitué à sortir seul ? oui non

Si oui, dans quel lieu ?

.....

Choisit-il seul ses loisirs ? oui non

Gère-t-il seul son argent ? oui non

Gère-t-il ses effets personnels ? oui non

Sait-il téléphoner : oui non

COURRIER

L'équipe d'encadrement devra-t-elle se préoccuper de l'envoi du courrier par le participant ? oui non

Précisez :

.....
.....
.....

Adresse de vacances de la famille :

.....
.....
.....
.....

 :

SES APTITUDES PHYSIQUES

Le participant peut-il :

- Marcher seul avec aide non
- Faire une promenade oui avec aide non
- Faire une randonnée oui un peu non
(avec sac à dos)

- Courir oui un peu non
- Monter un escalier oui un peu non
- Monter à cheval oui un peu non
- Nager oui un peu non
- Faire du vélo oui un peu non

A-t-il le sens de l'équilibre oui non

A-t-il une bonne résistance physique ?

oui moyenne faible

Participe-t-il à une activité sportive ou culturelle pendant l'année ?

oui non

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

.....
.....

SA VIE QUOTIDIENNE

Le participant, sait-il :

- Lire : normalement un peu pas du tout
- Ecrire : normalement un peu pas du tout
- Parler : normalement un peu pas du tout
- S'habiller : seul avec aide pas du tout
- Manger : seul avec aide pas du tout
- Se laver : seul avec aide pas du tout

Va-t-il seul aux toilettes oui non

Faut-il l'y emmener à heures régulières oui non

Si oui, précisez :

.....
.....

- Est-il énurétique oui non parfois
si « oui » ou parfois de nuit de jour

- Est-il encoprétique : oui non parfois
si « oui » ou parfois de nuit de jour

Observations :

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES :

.....
.....
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

GENERAL

Taille : Poids :

Appareillage éventuel :

Porte-t-il des lunettes : oui non
Porte-t-il un appareil dentaire : oui non
Porte-t-il un appareil auditif : oui non

ALLERGIE

Le participant est-il allergique (poils, acariens...)

oui non

Si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....
.....

Médicament(s) prescrit(s) contre l'allergie:

.....
.....
.....

METHODE CONTRACEPTIVE

oui non

si oui, laquelle :

.....
.....

EPILEPSIE

• Avérée : oui non

• Stabilisée : oui non

Précisez en cas de crise, fréquence et facteur :

.....
.....
.....
.....

TRAITEMENT

Il est demandé à titre indicatif. Une ordonnance sera exigée au moment du départ et à remettre au moniteur.

Médicament(s) prescrit(s) :

.....
.....

Matin Midi Soir

Il y a-t-il des médicaments incompatibles avec le traitement suivi ?

oui non

Si oui, lesquels :

.....
.....
.....

CONTRE-INDICATIONS

Le participant a-t-il des difficultés particulières liées à sa maladie (problème cardiaque, résistance à la fatigue, contre indication à certaines activités...)

Précisez :

.....
.....
.....
.....
.....

ALIMENTATION

• Nourriture mixée : oui non

• Régime (hypo) (hyper) : oui non

• Obligations alimentaires liées à la religion : oui non

Précisez :

.....
.....

• Allergie à un aliment : oui non

Précisez :

.....
.....
.....

ETAT DE SANTE GLOBAL

• L' état de santé de l'enfant est-il stable? oui non

Si non, préciser :

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN TRAITANT

Date :

Téléphone :

Cachet et signature :

RENSEIGNEMENTS POUR LES JEUNES HANDICAPES MOTEUR / SENSORIEL

Je soussigné, Docteur (nom et adresse) :

.....
.....
.....

Certifie avoir examiné ce jour le jeune :

.....
.....

De cet examen il ressort :

.....
.....

Nature du handicap :

.....
.....

Troubles associés :

.....
.....

Un séjour de vacances en collectivité peut être envisagé

oui

non

Si oui, il y a-t-il des précautions particulières à prendre :

• régime alimentaire :

• soins d'escarres :

• soins urinaires ou autres :

• traitements médicamenteux :

• assistance respiratoire :

• autres soins :

Il y a-t-il des contres indications absolues ? Lesquelles (anesthésie, certains médicaments, etc.) ?

Les bains froids (mer ou rivière) sont autorisés

oui

non

Les bains en piscine sont autorisés

oui

non

Un voyage en transport en commun accompagné est-il possible

en train

en car

A quelles conditions :

.....
.....

Une nouvelle visite médicale est nécessaire avant le départ

oui

non

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN TRAITANT

Date :

Cachet et signature :

RENSEIGNEMENTS POUR LES JEUNES HANDICAPES MENTAUX

à remplir impérativement et exclusivement par les équipes éducatives ou le médecin traitant

Veillez nous joindre un rapport de comportement, en complément des informations données précédemment. Il permettra à l'équipe d'encadrement de mieux situer son action et de prendre en compte les possibilités du participant : relations avec les autres jeunes, avec l'équipe éducative, moments essentiels de la journée, souhait, comportement habituel, difficultés particulières : tendance à fuguer, crises caractérielles, problèmes d'ordre psychotique...

Si vous avez une attitude habituelle, un "truc" face à certaines situations particulières (crise, refus, abattement...) veuillez nous l'indiquer :

SIGNATURE ET QUALITE DE LA PERSONNE AYANT REMPLI LE RAPPORT DE COMPORTEMENT

Nom : Date :

En qualité de : Téléphone:

Signature :