

DOSSIER D'INSCRIPTION

FICHE D'INSCRIPTION

PARTICIPANT :

NOM : Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone :
A déjà participé à nos séjours : oui non

SEJOUR CHOISI :

Lieu : Date :
Titre :

REFERENT EDUCATIF :

NOM : Prénom :
Adresse :
Téléphone : Mail :

TUTEUR :

NOM : Prénom :
(Etablissement) :
Adresse :
Téléphone : Mail :

Merci de retourner les éléments suivants :

- Fiche d'inscription remplie (page 1)
- Fiche de présentation du participant remplie (page 2)
- Fiche de renseignements remplie avec photo d'identité (page 3)
- Copie des soins à programmer, lors du séjour, avec une infirmière à domicile (si existant)
- Copie du régime alimentaire particulier (si existant)

PRESENTATION DU PARTICIPANT

NOM ET PRENOM DU PARTICIPANT :.....

FOYER :.....

PERSONNALITE (traits de caractères) :

VIE QUOTIDIENNE (capacités et autonomie) :

RELATION AVEC SON ENTOURAGE (encadrements et autres) :

CRISES ET DIFFICULTES (avec les réponses de l'encadrement) :

SANTE (à savoir, à surveiller):

DIVERS :

PROJET DU VACANCIER (ex : envoyer une carte postale, acheter un CD...):

Document rempli par :.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A retourner avec la fiche d'inscription

PHOTO

NOM Prénom :

Date de naissance : ___/___/19__ Sexe : F M

Adresse :

N° de sécurité sociale :

Téléphone :

NIVEAU D'AUTONOMIE : voir la grille du catalogue bon moyen faible

AUTONOMIE ET VIE QUOTIDIENNE :

S'inscrit en couple oui non

En compagnie de :

(Une inscription en couple signifie que les deux personnes ont leur chambre et partagent le même lit)

Vit en appartement oui non

Travaille oui non

S'habille seul(e) oui non

Fait sa toilette seul(e) oui non

Prend ses repas seul(e) oui non

Est autorisé(e) à boire du café oui non

La consommation d'alcool est autorisée oui non

Fume habituellement oui non

Nombre de cigarettes par jours ?

Peut se baigner oui non

Sait nager oui non

Fait du vélo oui non

Bon marcheur oui non

Se fatigue vite oui non

Sait lire oui non

Sait écrire oui non

Peut gérer seul(e) son argent de poche oui non

Peut sortir seul(e) oui non

Est agressif envers lui-même oui non

Est agressif envers les autres oui non

Peut fuguer oui non

Vaccinations à jour oui non

Suit un régime alimentaire oui non

Lequel ?

Est sujet à une allergie oui non

Laquelle ?

A des contre-indications médicales oui non

Lesquelles ?

Suit un traitement médical oui non

Remplir la fiche traitement médical et joindre une copie des ordonnances.

S'en occupe seul(e) oui non

Peut prendre les médicaments de confort suivants :

- Paracétamol oui non

- Smecta oui non

- Biafine oui non

Utilise un contraceptif oui non

S'en occupe seul(e) ? oui non

Est sujet à l'énurésie oui non

Est sujet à l'encoprésie oui non

Porte des protections oui non

Est épileptique oui non

Fréquence ?

Est asthmatique oui non

Fréquence ?

Difficultés d'élocution oui non

Difficultés de compréhension oui non

Difficultés de l'ouïe oui non

Difficultés de la vue oui non

Fiche remplie par :