

FICHE DE PRESENTATION DU VACANCIER ETE 2024

SEJOUR CHOISI

Lieu : ..... Titre : ..... Dates : ..... au .....

A déjà participé à un séjour J.A.D.O.R.     oui     non

NOM Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tel : .....      Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_      Sexe :  F  M

N° de sécurité sociale : .....



**REFERENT EDUCATIF**

NOM Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tel : .....      Tel astreinte : .....

Mail : .....

**TUTEUR**

NOM Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tel : .....      Tel astreinte : .....

Mail : .....

**PERSONNALITÉ (traits de caractères) :**

**VIE QUOTIDIENNE (capacités et autonomie) :**

**RELATIONS AVEC SON ENTOURAGE (encadrants et autres) :**

**DIFFICULTÉS COMPORTEMENTALES (préciser les réponses apportées habituellement par les encadrants) :**

**SANTÉ (éléments à connaître, à surveiller) :**

**DIVERS :**

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



## FICHE DE PRESENTATION DU VACANCIER ETE 2024

NOM : ..... Prénom : .....

<p><b>AUTONOMIE</b></p> <p>Voir tableau du catalogue <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> faible</p> <p><b>VIE SOCIALE</b></p> <p>S'inscrit en couple <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>En compagnie de : .....</p> <p>(Une inscription en couple signifie qu'ils partageront le lit et la chambre)</p> <p>Travail <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><b>VIE QUOTIDIENNE</b></p> <p>Sait lire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Sait écrire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Est autorisé à boire du café <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Est autorisé à boire de l'alcool <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Fume habituellement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Gère seul sa consommation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Nombre de cigarettes par jour ? .....</p> <p>Gère seul son argent de poche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Peut sortir seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Peut rester seul sur le lieu du séjour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><b>MOTRICITE</b></p> <p>Est bon marcheur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Se fatigue vite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>A une obésité importante <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Chaussures/Semelles orthopédique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Utilise parfois une canne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Utilise parfois un déambulateur* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Utilise parfois un fauteuil roulant* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>* joindre une prescription pour en louer sur place</p> <p>Monte et descend seul un escalier <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Peut se baigner <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Sait nager <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Peut se mettre en danger en sortie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Préciser.....</p> <p><b>VIE DE GROUPE</b></p> <p>Est agressif envers lui-même* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Est agressif envers les autres* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>*si oui, manifestation et fréquence : .....</p> <p>.....</p> <p>Peut fuguer <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>(accueil de personne qui ne nécessite pas de surveillance permanente)</p> <p>Peut perturber la vie de groupe <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si oui, manifestation et fréquence : .....</p> <p>.....</p> <p>A une « déviance sexuelle » <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, préciser.....</p> <p>Refuse les sorties <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>(visites tous les jours en suivant le programme présenté dans le catalogue)</p> <p>Accompagnement la nuit <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>(pas d'accompagnement la nuit, l'équipe dort sur place et n'intervient que si elle entend du bruit, la vigilance est renforcée en séjour de faible autonomie)</p> <p><b>ALIMENTATION</b></p> <p>Prend ses repas seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Alimentation <input type="checkbox"/> mixé <input type="checkbox"/> réduit</p> <p>Suit un régime alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lequel ? ..... le joindre</p> <p>Trouble alimentaire, préciser.....</p> <p>.....</p>	<p><b>SANTE</b></p> <p><b>Vaccinations à jour</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Est sujet à une allergie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Laquelle ? .....</p> <p>A des contre-indications médicales <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lesquelles ? .....</p> <p>Peut prendre les médicaments de confort suivants :</p> <p>- Paracétamol <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>- Smecta <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Suit un traitement médical <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Matin <input type="checkbox"/> ..... Midi <input type="checkbox"/> ..... A-Midi <input type="checkbox"/> ..... Soir <input type="checkbox"/> ..... Couché <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Si heures fixes préciser. Nous fournissons piluliers et « fiche de traitement ».</p> <p>(pas de distribution du traitement pendant les trajets de l'aller et du retour, soit le 1<sup>er</sup> jour le matin et le dernier jour l'après-midi et le soir)</p> <p>Traitement d'appoint (si besoin) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>(HORS MEDICAMENTS DE CONFORT ET TRAITEMENT MEDICAL)</p> <p>joindre une prescription et un protocole précis : dans quelles situations, quel mode d'administration, quelle quantité, quel intervalle entre les prises...</p> <p>Utilise un contraceptif <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Est énurétique* <input type="checkbox"/> le jour <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> non</p> <p>Est encoprétique* <input type="checkbox"/> le jour <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> non</p> <p>Porte des protections <input type="checkbox"/> le jour <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> non</p> <p>*si oui, prévoir protections et alèses, accueil d'encoprétique occasionnel</p> <p>A une injection pendant le séjour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>(pas d'injection les jours de départ et de retour)</p> <p>Date : .....joindre la prescription</p> <p>Nécessite des soins infirmiers <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>(pansement, patch, bandage, prothèse, surveillance ...)</p> <p>Lesquels ? .....joindre la prescription</p> <p>Est diabétique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Avec contrôle quotidien de glycémie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Moment(s).....joindre la prescription pour l'I.D.E.</p> <p>Avec injection d'insuline quotidienne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Moment(s).....joindre la prescription pour l'I.D.E.</p> <p>(les contrôles et les injections doivent se faire par l'I.D.E., 2 fois/jour maximum)</p> <p>Est épileptique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> stabilisé</p> <p>Dernière crise supérieure à 6 mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>(pas de surveillance la nuit et stabilisé depuis plus de 6 mois)</p> <p>Est asthmatique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> stabilisé</p> <p>Dernière crise supérieure à 6 mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>joindre la notice de l'inhalateur</p> <p>(pas de surveillance la nuit et stabilisé depuis plus de 6 mois)</p> <p>Est appareillé la nuit (apnées) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> gère seul</p> <p>S'il ne gère pas seul, joindre la notice de l'appareil</p> <p>A une cardiopathie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, préciser.....</p> <p>A des bas de contention <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> gère seul</p> <p>A un dentier <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> gère seul</p> <p>Difficultés d'élocution <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser.....</p> <p>Difficultés de l'ouïe <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser*.....</p> <p>Difficultés de la vue <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser*.....</p> <p>*indiquer les déficiences, les appareillages ou les prothèses</p> <p><b>HYGIENE</b></p> <p>S'habille seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non</p> <p>S'occupe seul de ses affaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non</p> <p>Fait sa toilette seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non</p> <p>Se rase seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non</p> <p>Sait aller au WC seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non</p>
---	---

