NE FAIT PAS OFFICE DE RESERVATION

FICHE DE PRESENTATION DU VACANCIER ETE 2027

SEJOUR CHOISI

Lieu : ……..Titre :……Dates : …… au ……

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

NOM Prénom : ……

NOM Etabl. : ……

Adresse : ……

……

Tel : …… Date de naissance : …… /…… / …… Sexe : ☐F ☐M

N° de sécurité sociale : ……

PHOTO OBLIGATOIRE
(Photocopie couleur)



REFERENT EDUCATIF

NOM Prénom : ……

Adresse :……

……

Tel :……Tel astreinte :……

Mail :……

☐ **TUTEUR ou CURATEUR** ☐

NOM Prénom : ……

Adresse :……

……

Tel :……Tel astreinte……

Mail : ……

PERSONNALITÉ (traits de caractère) :

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 remplie par (NOM OBLIGATOIRE) :……SIGNATURE :

FICHE DE PRESENTATION DU VACANCIER ETE 2027

NOM :..... Prénom :.....

AUTONOMIE

Voir tableau du catalogue ☐bonne ☐moyenne ☐faible

VIE SOCIALE

S'inscrit en **couple** ☐oui ☐non
En compagnie de : .....
(Une inscription en couple signifie qu'ils partageront le lit et la chambre)
Travaille ☐oui ☐non

VIE QUOTIDIENNE

Sait **lire** ☐oui ☐non
Sait **écrire** ☐oui ☐non

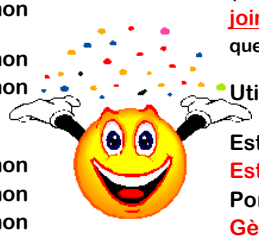
Est autorisé à boire du **café** ☐oui ☐non

Est autorisé à boire de l'**alcool** ☐oui ☐non

Fume habituellement ☐oui ☐non
Gère seul sa consommation ☐oui ☐non
Nombre de cigarettes par jour ? .....

Gère seul son **argent de poche** ☐oui ☐non

Peut **sortir seul** ☐oui ☐non
Peut **rester seul** sur le lieu du séjour ☐oui ☐non



MOTRICITE

Est **bon marcheur** ☐oui ☐non
Se **fatigue vite** ☐oui ☐non
Rentre dans les critères de l'**obésité** ☐oui ☐non
Chaussures/Semelles orthopédique ☐oui ☐non
Utilise parfois une **canne** ☐oui ☐non
Utilise parfois un **déambulateur*** ☐oui ☐non
Utilise parfois un **fauteuil roulant*** ☐oui ☐non
* Joindre une prescription pour en louer sur place

Monte et descend seul un escalier ☐oui ☐non

Peut se **baigner** ☐oui ☐non
Sait **nager** ☐oui ☐non

Peut **se mettre en danger** en sortie ☐oui ☐non
Préciser.....

VIE DE GROUPE

Est **agressif envers lui-même*** ☐oui ☐non
Est **agressif envers les autres*** ☐oui ☐non
*Si oui, manifestation et fréquence :
.....
.....

Peut **fuguer** ☐oui ☐non
(accueil de personne qui ne nécessite pas de surveillance permanente)

Peut **perturber la vie de groupe** ☐oui ☐non
Si oui, manifestation et fréquence :
.....
.....

A une « **déviance sexuelle** » ☐oui ☐non
Si oui, préciser.....

Refuse les sorties ☐oui ☐non
(Visites tous les jours en suivant le programme présenté dans le catalogue)

Accompagnement la nuit ☐oui ☐non
(**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)

ALIMENTATION

Prend ses **repas sans aide** ☐oui ☐non
Alimentation ☐mixé ☐réduit
Suit un **régime alimentaire** ☐oui ☐non
Lequel ?.....le joindre
Trouble alimentaire, préciser.....
.....

SANTE

Vaccinations à jour ☐oui ☐non

Est sujet à une **allergie** ☐oui ☐non
Laquelle ?.....

A des **contre-indications** médicales ☐oui ☐non
Lesquelles ?.....

Peut prendre les **médicaments de confort** suivants :
- Paracétamol ☐oui ☐non
- Smecta ☐oui ☐non

Suit un **traitement médical** ☐oui ☐non
Matin ☐.....Midi ☐.....Ap-Midi ☐.....Soir ☐.....Couché ☐.....
Si heures fixes préciser. Nous fournissons piluliers et « fiche de traitement ».
(Pas de distribution du traitement pendant les trajets de l'aller et du retour, soit le 1er jour le matin et le dernier jour l'après-midi et le soir)

Traitement d'appoint (si besoin) ☐oui ☐non
(HORS MEDICAMENTS DE CONFORT ET TRAITEMENT MEDICAL)
joindre une prescription et un protocole précis : dans quelles situations, quel mode d'administration, quelle quantité, quel intervalle entre les prises...

Utilise un **contraceptif** ☐oui ☐non

Est **énurétique*** ☐le jour ☐la nuit ☐non
Est **encoprétique*** ☐le jour ☐la nuit ☐non
Porte des **protections** ☐le jour ☐la nuit ☐non
Gère seul ses **protections*** ☐oui ☐non
*si oui, prévoir alèses et protections pour la durée du séjour

A une **injection** pendant le séjour ☐oui ☐non
(Pas d'injection les jours de départ et de retour)
Date : .....Joindre la prescription

Nécessite des **soins infirmiers** ☐oui ☐non
(Pansements, patch, bandage, prothèse, surveillance ...)
Lesquels ?.....Joindre la prescription

Est **diabétique** ☐oui ☐non
Avec contrôle quotidien de **glycémie** ☐oui ☐non
Moment(s)..... Joindre la prescription pour l'I.D.E.
Avec **injection d'insuline** quotidienne ☐oui ☐non
Moment(s)..... Joindre la prescription pour l'I.D.E.
(les contrôles et les injections doivent se faire par l'I.D.E., 2 fois/jour maximum)

Est **épileptique** ☐oui ☐non ☐stabilisé
Dernière crise supérieure à 6 mois ☐oui ☐non
(Pas de surveillance la nuit et stabilisé depuis plus de 6 mois)

Est **asthmatique** ☐oui ☐non ☐stabilisé
Dernière crise supérieure à 6 mois ☐oui ☐non
Joindre la notice de l'inhalateur
(Pas de surveillance la nuit et stabilisé depuis plus de 6 mois)

Est **appareillé la nuit** (apnées) ☐oui ☐non ☐gère seul
S'il ne gère pas seul, joindre la notice de l'appareil

A une **cardiopathie** ☐oui ☐non
Si oui, préciser.....

A des **bas de contention** ☐oui ☐non ☐gère seul

A un **dentier** ☐oui ☐non ☐gère seul

Difficultés d'**élocution** ☐oui ☐non Préciser.....
Difficultés de l'**ouïe** ☐oui ☐non Préciser*.....
Difficultés de la **vue** ☐oui ☐non Préciser*.....
*Indiquer les déficiences, les appareillages ou les prothèses

HYGIENE

S'**habille** seul ☐oui ☐à stimuler ☐non
S'occupe seul de ses **affaires** ☐oui ☐à stimuler ☐non
Fait sa **toilette** seul ☐oui ☐à stimuler ☐non
Se **rase** seul ☐oui ☐à stimuler ☐non
Gère seul aux **WC** ☐oui ☐non

 Fiche remplie par (NOM OBLIGATOIRE) :.....SIGNATURE :