

## FICHE DE PRESENTATION DU VACANCIER ETE 2021

SEJOUR CHOISI

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

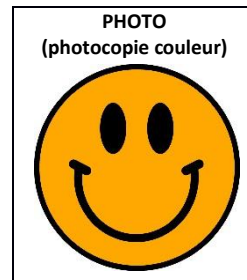
A déjà participé à un séjour J.A.D.O.R.     oui     non

NOM Prénom : .....

Adresse : .....

Tel : .....    Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 19 \_\_\_\_    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 2021

NOM : ..... Prénom : .....

<p><b>AUTONOMIE</b> Voir tableau du catalogue <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> faible</p> <p><b>VIE SOCIALE</b> S'inscrit en couple <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non En compagnie de : ..... (Une inscription en couple signifie qu'ils partageront le lit et la chambre) Travaille <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><b>VIE QUOTIDIENNE</b> Sait lire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Sait écrire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Est autorisé à boire du café <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Est autorisé à boire de l'alcool <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Fume habituellement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Gère seul sa consommation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nombre de cigarettes par jour ? .....</p> <p>Gère seul son argent de poche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Peut sortir seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Peut rester seul sur le lieu du séjour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><b>MOTRICITE</b> Est bon marcheur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Se fatigue vite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Chaussures orthopédique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Utilise parfois une canne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Utilise parfois un déambulateur* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Utilise parfois un fauteuil roulant* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non * joindre une prescription pour en louer un surplace</p> <p>Monte et descend seul un escalier <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Peut dormir sur un lit superposé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Peut se baigner <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Sait nager <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Peut se mettre en danger en sortie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser.....</p> <p><b>VIE DE GROUPE</b> Est agressif envers lui-même* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Est agressif envers les autres* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non *si oui, manifestation et fréquence : ..... .....</p> <p>Peut fuguer <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (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 si oui, manifestation et fréquence : ..... .....</p> <p>A une « déviance sexuelle » <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, préciser.....</p> <p>Refuse les sorties <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (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 (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> Prend ses repas seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Alimentation <input type="checkbox"/> mixé <input type="checkbox"/> réduit Suit un régime alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lequel ? ..... le joindre Trouble alimentaire, préciser.....</p>	<p><b>SANTE</b> <b>Vaccinations à jour</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Est sujet à une allergie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Laquelle ? .....</p> <p>A des contre-indications médicales <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lesquelles ? .....</p> <p>Suit un traitement médical <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Matin <input type="checkbox"/> ..... Midi <input type="checkbox"/> ..... A-Midi <input type="checkbox"/> ..... Soir <input type="checkbox"/> ..... Couché <input type="checkbox"/> ..... 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 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 joindre une prescription et un protocole précis : dans quelles situations, quel mode d'administration, quelle quantité, quel intervalle entre les prises...</p> <p>Peut prendre les médicaments de confort suivants : - Paracétamol <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Smecta <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</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 Est encoprétique* <input type="checkbox"/> le jour <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> non Porte des protections <input type="checkbox"/> le jour <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> non *si oui, prévoir protections et alèzes, accueil d'encoprétique occasionnel</p> <p>A une injection pendant le séjour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (pas d'injection les jours de départ et de retour) Date : ..... joindre la prescription</p> <p>Nécessite des soins infirmiers <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (pansement, patch, bandage, prothèse, surveillance ...) Lesquels ? ..... Joindre la prescription</p> <p>Est diabétique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Avec contrôle quotidien de glycémie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Moment(s) ..... joindre la prescription pour l'I.D.E. Avec injection d'insuline quotidienne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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)</p> <p>Est épileptique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> stabilisé Dernière crise supérieure à 6 mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (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 Dernière crise supérieure à 6 mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non joindre la notice de l'inhalateur (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 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 Si oui, préciser.....</p> <p>A un dentier <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> gère seul S'il ne gère pas seul, joindre des explications</p> <p>Difficultés d'élocution <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser..... Difficultés de l'ouïe <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser*..... Difficultés de la vue <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser*..... *indiquer les déficiences, les appareillages ou les prothèses</p> <p><b>HYGIENE</b> S'habille seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non S'occupe seul de ses affaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non Fait sa toilette seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non Se rase seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non Sait aller au WC seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non</p>
--	--



## Questionnaire d'inscription LES GESTES BARRIERES

Pour mieux accompagner le vacancier dans la prévention de la maladie de la COVID 19,  
nous avons besoin de connaître et d'anticiper les besoins d'accompagnement de chacun.  
(Ce questionnaire est à nous retourner dès l'inscription)

NOM : ..... Prénom : .....

SEJOUR : ..... Dates : .....



- Se couvrir la bouche et le nez en cas d'éternuement, puis se laver les mains

comprend  accepte  le fait seul  lui rappeler  le guider  l'aider Remarque : .....

- Utiliser un mouchoir en papier pour se moucher puis le jeter et se laver les mains

comprend  accepte  le fait seul  lui rappeler  le guider  l'aider Remarque : .....

- Eviter les poignées de mains et embrassades

comprend  accepte  le fait seul  lui rappeler  le guider  l'aider Remarque : .....

- Respecter la distanciation de 1m sans marquage au sol

comprend  accepte  le fait seul  lui rappeler  le guider  l'aider Remarque : .....

- Respecter la distanciation de 1m avec un marquage au sol

comprend  accepte  le fait seul  lui rappeler  le guider  l'aider Remarque : .....

- Respecter le sens de circulation avec un marquage au sol

comprend  accepte  le fait seul  lui rappeler  le guider  l'aider Remarque : .....

- Se nettoyer au gel hydroalcoolique

comprend  accepte  le fait seul  lui rappeler  le guider  l'aider Remarque : .....

Se nettoyer les mains correctement avec du savon liquide (paume, dos, doigts, poignets)

comprend  accepte  le fait seul  lui rappeler  le guider  l'aider Remarque : .....

- Se nettoyer les mains avant : les repas, les sorties, le port du masque

comprend  accepte  le fait seul  lui rappeler  le guider  l'aider Remarque : .....

- se nettoyer les mains après : les WC, les sorties, le port du masque,  
avoir touché des « choses collectives »

comprend  accepte  le fait seul  lui rappeler  le guider  l'aider Remarque : .....

- Porter un masque

comprend  accepte  le fait seul  lui rappeler  le guider  l'aider Remarque : .....

- Porter une visière

comprend  accepte  le fait seul  lui rappeler  le guider  l'aider Remarque : .....

- Rester en quarantaine dans sa chambre

comprend  accepte  le fait seul  lui rappeler  le guider  l'aider Remarque : .....

**Je soussigné M ....., déclare avoir rempli ce questionnaire.**