



DOSSIER D'INSCRIPTION

2012

PHOTO DU
Vacancier



SEJOUR CHOISI :

Dates : du

au

1- RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

- **LIEU DE VIE :**

Nom :

Adresse :

CP + Ville :

Tél :

Fax :

Mail :

Nom du référent :

- **TUTEUR OU CURATEUR :**

Nom :

Organisme :

Adresse :

Tél :

Fax :

- **COORDONNEES DU CADRE DE SERVICE ou PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

Nom :

Tél 1 :

Tél 2 :

- **COORDONNEES DE LA FAMILLE POUR CONTACT DURANT LE SEJOUR :**

Nom :

Prénom :

Tél :

Adresse :

DOCUMENTS A FOURNIR :

Pour la France : Photocopies uniquement attestation de sécurité sociale, carte de Mutuelle, carte d'identité, carte d'invalidité.

Pour l'étranger : Carte d'identité, carte Européenne d'Assurance Maladie, photocopies de la carte d'invalidité.

Si des soins infirmiers sont prévus pendant le séjour mettre l'ordonnance et la carte Vitale avec les semainiers dans la valise du vacancier. Dans tous les cas, la dernière ordonnance sera à mettre avec les semainiers du vacancier.

ARGENT DE POCHE : S'il est géré de manière non autonome (par tiers), il devra nous être adressé par courrier (chèque). Le solde éventuel sera rendu au foyer par les animateurs à la fin du séjour, sans justificatifs de dépenses sauf demande expresse contraire.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE :

Catégorie d'autonomie (établie par le CNLTA), voir catalogue :

A1 A2 B1 B2

A. Autonomie :

Fait-elle sa toilette ? seule sous surveillance avec aide effective soin infirmier
 Recommandations particulières pour la toilette :

.....
 S'habille-t-elle seule ? oui avec aide non
 Change-t-elle ses vêtements seule ? oui avec aide non
 Sait-elle reconnaître ses vêtements ? oui non (marquer le linge)
 Argent de poche géré : seul (sans intervention) avec aide (surveillance, conseils) par tiers
 - précisez :

A-t-elle des problèmes de repères dans le temps ? oui un peu non
 A-t-elle des problèmes de repères dans l'espace ? oui un peu non
 Peut-elle rester seule sur le lieu du séjour ? oui non
 Peut-elle sortir en ville seule (après repérage) ? oui non

B. Motricité

bon marcheur sans difficulté sur de petites promenades aide ponctuelle d'un tiers
 Est-elle fatigable ? rapidement moyennement peu
 Peut-elle monter et descendre un escalier ? oui non
 Sait-elle nager ? oui non
 Y a-t-il une contre indication à la baignade ? oui non
 A-t-elle un appareillage spécifique ? oui lequel : non
 Accepte-t-elle de dormir en haut d'un lit superposé ? oui non

C. Communication

Sait-elle lire ? un peu oui non
 Sait-elle écrire ? un peu oui non
 A-t-elle des difficultés d'élocution ? un peu oui non
 Si oui, sait-elle se faire comprendre ? oui non
 Problème de vue ? oui lunettes lentilles non
 Problème d'audition ? un peu oui non
 Est-elle capable d'exprimer clairement ses désirs ? oui non

D. Divers

L'alcool est-il autorisé ? oui non
 Si oui, est-elle capable de gérer sa consommation seule ? oui non
 Fumeur oui non
 Existe-il des indications particulières concernant la consommation de cigarettes ?

E. Renseignements médicaux :

Groupe sanguin :

Traitement médical : oui non
 Si oui, est-elle autonome pour la prise du traitement ? oui non
 Injection durant le séjour : oui date : non
 Soins infirmiers durant le séjour : oui (photocopie ordonnance) non
 Epileptique : oui Stabilisée non
 Enurétique : oui nuit jour non
 Encoprétique : oui non

Asthmatique : oui non
 Diabétique : oui non
 Régime alimentaire : oui (joindre photocopie régime) non
 Recommandations particulières pour l'alimentation :
 Allergique : oui non
 Si oui, précisez :
 Pour les filles : En cas d'indisposition, est-elle autonome ? oui non
 Appareil dentaire : oui non
 Si oui, le nettoie seul : oui avec aide non
 Contre indications médicales : oui non
 Si oui, lesquelles :
Autres informations utiles (antécédents, précautions à prendre...) :

Nom du médecin traitant :

Tél :

Nom du Psychiatre :

Tél :

F. Comportement de la personne :

Afin de nous aider dans la prise en charge de la personne, veuillez nous faire une synthèse, de son comportement au quotidien (intégration, participation aux activités), de ses attentes en vacances, des situations pouvant le mettre en difficulté et de vos conseils pour nous aider.

Intégration et participation :

Attentes :

Difficultés possibles :

Conseils :

Nom de la personne qui a rempli ce dossier :

Signature :