

# Fiche de Renseignements

Photo

(ne pas agrafier)

Autonomie :

Séjour : du au

Nom : Prénom : né(e) le

Sexe : H ou F Nationalité : ..... Téléphone du contact inscription : .....

Nom du contact (Foyer, famille...) : .....

Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

## Contacts

	NOMS ET NUMEROS DE TELEPHONE DES PERSONNES A JOINDRE	
	ÉTABLISSEMENT	FAMILLE
Le jour du départ		
Pendant le séjour / Astreinte tel		
Le jour du retour		

**Utilisation de l'image :** Il est possible que des photographies soient prises pendant le séjour dans le but d'être utilisées pour certaines parutions internes ou comme illustrations d'outils de communications extérieures à l'ALPAS. Si vous ne souhaitez pas que ces images soient utilisées, merci de bien vouloir le mentionner ci-après.

J'accepte que ces images soient utilisées

Je n'accepte pas que ces images soient utilisées

## Informations concernant le vacancier :

• Lieu de résidence habituel : Foyer / habitat autonome / en famille / MAS Hôpital /Autre : \_\_\_\_\_

• Est déjà parti(e) en séjour de vacances adaptées : Non  Oui  Combien de fois : \_\_\_\_\_  
Avec l'ALPAS : Non  Oui

• Vient en couple sur le séjour : Non  Oui   
Si oui avec \_\_\_\_\_

Pour les couples, il est souhaité :  
Un lit double  Des lits séparés  Indifférent

## Pour mieux connaître le vacancier :

• Maîtrise la **communication orale** :  
Non  Oui  Un peu

• Utilise des modes de **communications alternatifs** :  
Non  Oui  Un peu  si oui ou un peu, lesquels : \_\_\_\_\_

Va souhaiter les utiliser pendant ses vacances :  
Non  Oui  Si oui avec quels supports \_\_\_\_\_

• Comprend les **consignes** :  
Non  Oui  Un peu

• A besoin qu'on les répète souvent :  
Non  Oui  Un peu

• Maîtrise la **lecture** :  
Non  Oui  Un peu  A besoin d'aide

• Maîtrise l'**écriture** :  
Non  Oui  Un peu  A besoin d'aide

• Peut **sortir seul** : Non  Oui  Un peu   
Dans quel environnement (à définir, rue, camping...) : \_\_\_\_\_

• **Se repère facilement** : Non  Oui  Un peu   
Dans quel environnement (à définir, rue, camping...) : \_\_\_\_\_

## • Sait gérer son argent de poche :

A besoin d'aide : Non  Oui  Un peu

Précisions (sommes, fréquence...) : \_\_\_\_\_

• A besoin d'aide ou être stimulé pour **ranger et gérer ses affaires personnelles** (vêtements...) :  
Non  Oui  Un peu  \_\_\_\_\_

• A besoin d'aide ou d'être stimulé pour **choisir ses vêtements** :  
Non  Oui  Un peu  \_\_\_\_\_

• A besoin d'aide ou d'être stimulé pour **s'habiller** :  
Non  Oui  Un peu  \_\_\_\_\_

• A besoin d'aide ou être stimulé pour **la toilette** :  
Non  Oui  Un peu  Si a besoin d'aide, c'est surtout pour \_\_\_\_\_

• Va aux **toilettes** : Seul  avec aide ponctuelle   
Avec aide constante

• Se **lave les dents** : Seul  avec aide ponctuelle   
Avec aide constante

• Se **rase** : Seul  avec aide ponctuelle   
Avec aide constante

• Est **fumeur** : Non  Oui  Un peu

A besoin d'être limité dans ma consommation de tabac : Non   
Oui  Un peu  \_\_\_\_\_

Aime faire la **sieste** : Non  Oui  Parfois

## • A des **troubles du sommeil** :

Non  Oui  Parfois  \_\_\_\_\_

**Nom :** **Prénom :**

- A des habitudes **la nuit** : Non  Oui

Si oui lesquelles : \_\_\_\_\_

---

- **Se couche tôt** : Non  Oui
- **Se lève tôt** : Non  Oui

• **Fait de l'énurésie** (incontinence urinaire):

Le jour : Non  Oui  Parfois

La nuit : Non  Oui  Parfois

• **Fait de l'encoprésie** (incontinence fécale) :

Le jour : Non  Oui  Parfois

La nuit : Non  Oui  Parfois

• **A besoin de protections** :

Non  Oui  Parfois

A sa demande : Non  Oui  \_\_\_\_\_

---

• **Sait gérer seul les protections** :

Non  Oui  \_\_\_\_\_

**Loisirs, activités physiques, capacités motrices... :**

- **Aime marcher** : Non  Oui  Un peu
- **Peut marcher longtemps** :

Non  Oui  Un peu

Combien de temps : \_\_\_\_\_

---

Avec **une aide** : Non  Oui  Un peu

Précisions (en tenant le bras, avec un déambulateur...) \_\_\_\_\_

---

- **Est à l'aise sur les terrains plats** :

Non  Oui  \_\_\_\_\_

Les escaliers : Non  Oui  Un peu

Les terrains accidentés : Non  Oui  Un peu

- **Peut sortir toute la journée** en excursion :

Non  Oui  \_\_\_\_\_

- **Aime l'eau et se baigner** :

Non  Oui  Un peu

- **sait nager** :

Non  Oui  Un peu

- **Est autorisé à se baigner** : Non  Oui

En piscine : Non  Oui  Un peu

Dans la mer : Non  Oui  Un peu

Dans un lac : Non  Oui  Un peu

- **Ses activités favorites** (ex : danser, chanter, jeux de société...) : \_\_\_\_\_

---

- **Les activités non appréciées** : \_\_\_\_\_

---

**Habitudes alimentaires :**

- **Peut boire de l'alcool** :

Non  Oui  Un peu  \_\_\_\_\_

- **A besoin d'aide pour les repas** :
- Non  Oui  Un peu  \_\_\_\_\_
- **Faut-il mixer les aliments, risque de fausse route ?**
- Non  Oui  \_\_\_\_\_
- **Eventuelles régime et/ou restrictions alimentaire** :
- Non  Oui  Si oui préciser : \_\_\_\_\_
- **A des habitudes alimentaires** :
- Non  Oui  Un peu  \_\_\_\_\_
- **Aime manger** \_\_\_\_\_
- 
- **N'aime pas manger** : \_\_\_\_\_
- 
- **Au petit déjeuner, aime** : \_\_\_\_\_
- 
- **Aime participer à la préparation des repas** :
- Non  Oui  Un peu  Aime faire (mettre la table, débarrasser, faire des gâteaux...) : \_\_\_\_\_
- 
- Comportements :**
- **Le relationnel avec les autres en groupe** : \_\_\_\_\_
- 
- **Le relationnel avec les encadrants** : \_\_\_\_\_
- 
- Peut avoir des **manifestations de violence et d'agressivité** :
- Non  Oui  Un peu
- Si oui ou un peu, comment se comporter : \_\_\_\_\_
- 
- Comment faire pour les éviter : \_\_\_\_\_
- 
- **Informations utiles à savoir concernant la vie affective et l'intimité** \_\_\_\_\_
- 
- **A besoin de s'isoler** : Non  Oui  Parfois
- 
- **A des habitudes/rituels importantes** :
- Non  Oui  Si oui Lesquelles : \_\_\_\_\_
- 
- **Peut avoir des phobies et/ou manies** :
- Non  Oui  Si oui Lesquelles : \_\_\_\_\_
- 
- **A besoin de téléphoner** à sa famille (ou autre) :
- Non  Oui  Parfois  \_\_\_\_\_
- **Est en possession d'un téléphone portable** :
- Non  Oui  si oui son numéro : \_\_\_\_\_

Dossier rempli par : Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Je certifie les renseignements exacts et sincères.

L'ALPAS déclinera toute responsabilité en cas de renseignements inexact ou incomplets.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

# Fiche Médicale

A l'attention du responsable de séjour, à remplir de préférence par le **Médecin Traitant**



Séjour : du au  
Nom : Prénom : né(e) le

Coordonnées du **médecin traitant** ou de son remplaçant : Nom : \_\_\_\_\_, prénom : \_\_\_\_\_,

Adresse : \_\_\_\_\_ code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

**Origine du handicap** : (diagnostic médical, circonstances de survenue) :

\_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux, chirurgicaux ou psychiatriques** :

\_\_\_\_\_

**Prise en charge à 100 %** : Non  Oui

(Joindre une copie des justificatifs)

## Déficience mentale / troubles cognitifs

- **Troubles neuropsychologiques** (mémoire, attention, orientation...) : Non  Oui

Si oui, types de troubles : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

- **Troubles du comportement** (alimentaires, boulimie, potomanie. Réactions inappropriées, agressivité, fugues...) : Non  Oui

Si oui, types de troubles : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

- **Troubles de l'humeur** (dépression, hyperexcitabilité ...) : Non  Oui

Si oui, Traitement en cours : Non  Oui

**Important :** Les séjours organisés par l'ALPAS sont destinés à accueillir des personnes déficientes intellectuelles. L'ALPAS ne peut accepter les personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour la collectivité (problèmes de comportement graves, agressivité...).

Si le cas se présente, après gestion de l'urgence, la famille ou l'établissement devront tout mettre en œuvre pour rapatrier le (la) vacancier (ère) à ses frais.

**Traitements médicamenteux** : Non  Oui

Ordonnance indispensable à fournir avec le traitement le jour du départ

*En cas d'absence d'ordonnance, L'ALPAS vous contactera en urgence et/ou le médecin traitant afin d'obtenir une copie.*

- **Peut prendre seul le traitement** (sous observation) Non  Oui

- **Doit être donné par un tiers** : Non  Oui

Observations : \_\_\_\_\_

**Attention :** L'ALPAS demande que chaque vacancier suivant un traitement médicamenteux, soit muni de semainiers préparés pour chaque semaine du séjour et contenant le traitement maintenu obligatoirement non déconditionné. Ces semainiers seront rangés dans le sac de voyage accompagnés de l'original de l'ordonnance (ou d'une copie lisible).

**En cas d'oubli du semainier**, l'ALPAS achètera un semainier et fera appel à une infirmière pour le préparer chaque semaine. Ces frais seront facturés suite au séjour.

*Si un traitement arrive à échéance en cours de séjour, le signaler sur l'ordonnance par une note manuscrite « fin de traitement le ... ».*

- **Contre-indications médicamenteuses** :

Non  Oui  si oui : \_\_\_\_\_

## Soins médicamenteux (injections, soins particuliers)

nécessitant l'intervention d'une **infirmière** :

Non  Oui  Si oui fréquence :  
1 fois par jour : Oui  2 fois par jour : Oui

**Les soins infirmiers** signalés seront assurés par un personnel infirmier extérieur,

*Vous recevrez sur simple demande les coordonnées du professionnel qui interviendra durant le séjour.*

*N'oubliez pas de mettre dans les bagages de l'intéressé : la prescription des soins (ordonnance) et les traitements.*

**Attention :** L'ALPAS ne peut garantir la chaîne du froid pendant les déplacements ; certains traitements devront obligatoirement être délivrés sur le lieu de séjour.

Nom : **Prénom :**

**Pathologies / Particularités :**

- **Epilepsie** : Non  Oui

Si oui **Epilepsie stabilisée** : Non  Oui

**Fréquence des crises** si épisodiques : \_\_\_\_\_

**Attention : l'ALPAS ne peut accueillir des personnes ayant une épilepsie non stabilisée.**

- **Diabète** : Non  Oui

Si oui **insulino dépendant** : Non  Oui

Observations : \_\_\_\_\_

- **Problème de déglutition** :

Non  Oui  Parfois  Si oui préciser : \_\_\_\_\_

- **Troubles alimentaires (boulimie, anorexie, potomanie...)** :

Non  Oui  Parfois  Si oui préciser :

- **Régime alimentaire** : Non  Oui

Si oui type de régime : \_\_\_\_\_

Fournir une **feuille explicative** en annexe

- Mange Haché  mixé

Observations : \_\_\_\_\_

- **Port d'un masque pour l'apnée du sommeil** :

Non  Oui

Si oui, sait utiliser seul l'appareil : Non  Oui

Si oui joindre obligatoirement le protocole d'entretien

Observations : \_\_\_\_\_

- **Port d'un dentier** : Non  Oui

Observations : \_\_\_\_\_

- **Utilise un mode de contraception** :

Non  Oui

Si oui le prend-elle seule : Non  Oui

Observations : \_\_\_\_\_

- **Porte des lunettes** : Non  Oui

De soleil : Non  Oui

Correctives : Non  Oui

Observations : \_\_\_\_\_

- **Porte un appareil auditif** Non  Oui

Si oui, sait l'utiliser Non  Oui  Un peu

Observations : \_\_\_\_\_

**Attention : Pour le bien être des participants et la qualité de prise en charge, les séjours proposés dans cette brochure ne sont pas adaptés aux personnes présentant des problèmes importants de mobilité, se déplaçant uniquement en fauteuil roulant, nécessitant un personnel éducatif ou médical spécialisé : aucun personnel médical (médecin, infirmière...) n'est présent pendant le séjour.**

- **Besoin d'un fauteuil roulant occasionnel** \*:

Non  Oui  Un peu  Si besoin, en quelle occasion : \_\_\_\_\_

\* Si oui ou un peu, contacter absolument l'ALPAS pour les modalités d'organisation et en cas de venu avec il devra impérativement être pliant. Possibilité de location sur le lieu du séjour sur présentation d'une prescription.

**Précautions / contre-indications :**

- **Peut boire de Alcool** (interférence

médicamenteuse) :

Non  Oui  Observations : \_\_\_\_\_

- **Anesthésie** (précautions, contre-indications) :

Non  Oui  si oui

- **Allergies** (médicaments, aliments, contact, à

l'environnement, pollen, piqûres d'insectes... :

Non  Oui  si oui préciser :

- **Problème pendant les transports** (avion, bateau, route) : Non  Oui  Si oui

- **Baignade accompagnée** (éventuelles précautions) :

Non  Oui  si oui

- **Recommandations particulières** :

**En cas de consultation chez un médecin généraliste ou spécialiste et achat de traitements médicamenteux en pharmacie pendant le séjour :**

*L'ALPAS avance systématiquement les frais et en fait la demande de remboursement auprès de la famille ou à l'établissement après le retour du séjour.*

*Il est donc inutile de fournir la carte Vitale. Seule la photocopie de l'attestation Sécurité Sociale est demandée.*

*Par contre, les frais éventuels d'hospitalisation seront facturés directement au vacancier ou au tuteur.*

Signature :

Nom :

Fonction :

Date :

**L'ALPAS déclinera toute responsabilité en cas de renseignements inexacts, incomplets ou manquants.**