

# Fiche de Renseignements

Photo

(ne pas agraffer)

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 inexacts 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)

## Déficiência 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 venue il devra impérativement être pliant. Possibilité de location sur le lieu du séjour sur présentation d'une prescription.

## Précautions / contre-indications :

- **Peut boire de l'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.**