

Fiche de Renseignements

Photo
(ne pas agraffer)

Date d'envoi :

Séjour : du au

Nom : Prénom : Né(e) le :

Sexe : Nationalité : Téléphone :

Adresse : Code Postal : Ville :

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 :

- Maitrise 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

- Maitrise **la lecture** :

Non Oui Un peu A besoin d'aide

- Maitrise **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 _____

- 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

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

Si oui lesquelles : _____

- 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 : _____

Nom et Prénom :

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 appréciés** : _____

Habitudes alimentaires :

• Peut boire de l'alcool :

Non Oui Un peu _____

• A besoin d'aide pour les repas :

Non Oui Un peu _____

• A des **habitudes alimentaires** :

Non Oui Un peu _____

• Eventuelles **régime** et/ou **restrictions alimentaire** :

Non Oui Si oui préciser : _____

• **Aime manger** _____

• **N'aime pas manger** : _____

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

Contacts

	Noms et numéros de téléphone des personnes à joindre	
	ÉTABLISSEMENT	FAMILLE
Le jour du départ		
Pendant le séjour		
Le jour du retour		

Dossier rempli par : Nom, _____ Prénom, _____ Etablissement, _____

Je certifie les renseignements exacts et sincères. L'ALPAS déclinera toute responsabilité en cas de renseignements inexacts ou incomplets.

Signature :

Date :

• **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

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

Séjour : _____ du _____ au _____

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____ / _____

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 et 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 : _____

- **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 : _____

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.

- **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 : _____

- **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 :

- **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.