

Informations complémentaires importantes :

Nom et prénom (vacancier)

Adresse :

photo

Date de naissance :

AUTONOMIE : Très bonne Bonne Moyenne Faible
 Etes- vous déjà parti en vacances avec un groupe ? oui non
 Sur le séjour, partez-vous en couple ? oui non
 Si oui avec :
 Fait sa toilette ? seul(e) sous surveillance avec aide effective soin infirmier

Recommandations particulières pour la toilette :

S'habille seul(e) ? oui avec aide non
 Change ses vêtements seul(e) ? oui avec aide non
 Sait reconnaître ses vêtements ? oui non **(merci de marquer le linge)**
 Argent de poche géré : seul(e) sans intervention avec aide un tiers
 Précisez : Quelle somme par jour : ou par semaine :
 Problèmes de repères dans le temps ? oui un peu non
 Problèmes de repères dans l'espace ? oui un peu non
 Peut rester seul(e) sur le lieu du séjour ? oui non
 Peut sortir en ville seul(e) (après repérage) ? oui non

OBSERVATIONS DIVERSES :

Communication :

Sait lire ? un peu oui non
 Sait écrire ? un peu oui non
 Difficultés d'élocution ? un peu oui non
 Si oui, sait-il-elle se faire comprendre ? oui non Si oui Comment :
 Problème de vue ? oui lunettes lentilles non
 Problème d'audition ? un peu oui non
 Est capable d'exprimer clairement ses désirs ? oui non
 A-t-il-elle tendance à s'isoler ? oui non

OBSERVATIONS DIVERSES :

Comportement

Sociabilité générale : très bonne bonne moyenne
 relation avec le groupe : très bonne bonne moyenne
 Avec l'encadrement : très bonne bonne moyenne
 Trouble du comportement : oui non
 Agressivité : oui non si oui : physique Verbale
 Fugueur : oui non
 A déjà fait une tentative de suicide : oui non si oui date de la dernière tentative

OBSERVATIONS DIVERSES :

Motricité

- sportif(ve) fatigable ? bon marcheur(euse) rapidement sans difficulté sur de petites promenades moyennement aide ponctuelle peu
- Capable de monter et descendre des escaliers ? oui non
- Sait nager ? oui non sait faire du vélo ? oui non
- Contre indication à la baignade ? oui non Laquelle ? non
- Appareillage spécifique ? oui lequel : non
- Accepte de dormir en haut d'un lit superposé ? oui non
- SEJOUR HIVER niveau de ski bon Moyen faible pas du tout

OBSERVATIONS DIVERSES :

JE SOUHAITERAI faire sur place :

JE NE SOUHAITERAI pas faire :

Divers

- L'alcool est il autorisé ? oui non limitée Quantité : non
- Si oui, est-il-elle capable de gérer sa consommation seul(e) ? oui non Combien ? : Gros fumeur, prévoir argent de poche
- Fumeur : oui non
- Fait la sieste : oui non
- Se lève tôt (avant 7 heures) : oui non
- Se couche tôt (avant 22 heures) : oui non
- Sommeil : normal léger agité
- Appareil dentaire : oui non si oui nettoie seul : oui non

OBSERVATIONS DIVERSES :

.....
.....

Renseignements médicaux :

Groupe sanguin :

- Traitement médical : oui non
- Si oui, autonomie 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
- Cardiaque : oui non
- Diabétique : oui non
- Déviante sexuelle : oui non
- Contraceptif : oui non gère seule oui non

Régime alimentaire particulier : oui non **si oui détaillez**

OBSERVATIONS DIVERSES :

.....
.....

Je soussigné (e).....agissant en qualité de

.....déclare exacts, les renseignements portés ci dessus.

Fait à Le,/...../.....

Signature(s)